

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 588

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 9 heures

Par Joseph CAPGRAS

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse
Interne des asiles d'aliénés de la Seine

— ** —

ESSAI DE RÉDUCTION

DE

LA MÉLANCOLIE

EN UNE

PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. GILLES DE LA TOURETTE, professeur.
WIDAL et DUPRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900



558

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE.

838



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 9 heures

Par Joseph CAPGRAS

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse
Interne des asiles d'aliénés de la Seine

— ** —

ESSAI DE RÉDUCTION

DE

LA MÉLANCOLIE

EN UNE

PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. GILLES DE LA TOURETTE, professeur.
WIDAL et DUPRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	DEBOVE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale	CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL
Histologie	TERRIER.
Opérations et appareils	POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie	LANDOUZY
Thérapeutique	PROUST.
Hygiène	BROUARDEL.
Médecine légale	BRISSAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée	
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELHET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR JOFFROY

Professeur de clinique des maladies mentales

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur.

ESSAI

DE

RÉDUCTION DE LA MÉLANCOLIE

EN UNE PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE

INTRODUCTION

« Nul phénomène pris isolément, dit Charcot, ne saurait être véritablement caractéristique. C'est le mode de groupement des accidents, leur mode d'évolution, d'enchaînement, la réunion des circonstances tout entière qui sert surtout aux distinctions nosographiques ». C'est grâce à cette donnée que l'on a établi un certain nombre de formes morbides stables; c'est à la lumière de ces mêmes principes que nous voudrions essayer de montrer combien est peu solide l'une des psychoses, le plus généralement admise : la mélancolie.

Lorsque l'on étudie les diverses conceptions des principaux aliénistes du siècle sur ce sujet, on ne tarde pas à voir que ce groupe, d'abord excessivement compréhens-

sif, qui englobait presque, au début, toutes les manifestations pathologiques de l'esprit, a été peu à peu sapé par les uns, démembré par les autres, pour se réduire en dernière analyse à un simple état émotif. Si, d'autre part, on observe les diverses maladies mentales qui dans ces dernières années, grâce à des maîtres tels que Bail-larger, Magnan, Krœpelin, ont été fondées sur les assises fermes de l'étiologie, et de l'évolution clinique; que l'on passe en revue la folie périodique, la dégénérescence, la neurasthénie, la confusion mentale, la démence précoce, on voit la mélancolie se résoudre en la plupart de ces affections.

Est-ce à dire que nous devons effacer de nos classifications ce terme nosologique? Non certes. Nous n'avions en vue, jusqu'ici, que le cerveau valide de l'adulte; il est une période de l'existence, période d'acheminement vers la vieillesse, où les altérations commençantes des éléments anatomiques, pénétrés par « la rouille de la vie », retentissent sur la cellule nerveuse de façon telle que le sujet est constamment en imminence de mélancolie. Envisagée comme psychose de la période d'involution sénile, selon la conception de Krœpelin, reposant sur une base toujours identique, possédant une marche bien déterminée et une symptomatologie précise, la mélancolie nous paraît irréductible.

Telles sont les trois grandes divisions de notre essai qui comprendra: 1° l'histoire critique; 2° l'examen des diverses maladies auxquelles se rattache le syndrome mélancolie; 3° l'étude de la mélancolie présénile.

Nous n'aurions pas eu la prétention de mener ce tra-

vail à bonne fin, si nous n'avions été constamment secondé par les savants conseils de notre maître M. le Dr Sérieux à qui nous devons certainement le meilleur de ce qui va suivre ; c'est pour nous un agréable devoir que de lui exprimer toute notre reconnaissance.

Notre cousin le Dr Pécharman nous a, dans cette circonstance comme dans bien d'autres que nous n'oublions point, témoigné sa vive amitié et aidé de sa science ; nous sommes heureux de l'en remercier. Que notre premier maître dans les Asiles, M. le Dr Marandon de Montyel soit assuré que nous nous souviendrons d'avoir eu en lui un guide éclairé qui a su rendre attrayante et facile notre initiation à la médecine de l'esprit. Nous avons conservé de nos cinq années passées dans les hôpitaux de Toulouse un souvenir toujours vivace ; nous avons eu l'honneur d'être l'interne de MM. les professeurs Mossé, Jeannel, Bézy, Morel et de MM. les Drs Cadène et Basset ; à tous nous disons merci pour les excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées. M. le Dr Mossé professeur de clinique médicale, nous a manifesté une affectueuse bienveillance, durant les trois semestres que nous avons passés dans son service ; il nous sera difficile d'acquitter envers lui notre dette de reconnaissance.

Que M. le Dr Joffroy veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

APERÇU HISTORIQUE ET CRITIQUE

« Les auteurs, depuis Hippocrate, donnent le nom de mélancolie au délire caractérisé par la morosité, la crainte et la tristesse prolongées. » Cependant, jusqu'à Esquirol, ce terme n'a pas une signification précise et s'applique à tout délire partiel, gai ou triste.

Esquirol, le premier, divise les délires partiels en deux grandes classes : 1^o les monomanies proprement dites, où prédomine l'élément expansif ; 2^o la lypémanie, « maladie cérébrale caractérisée par le délire partiel, chronique, sans fièvre, entretenue par une passion triste débilitante ou oppressive ». Cette influence des passions dirige en partie la description d'Esquirol, si remarquable au point de vue clinique : « Le désordre des passions est le symptôme le plus saillant de la mélancolie, et ce sont ces mêmes affections morales qui l'éveillent le plus souvent : amour contrarié, jalousie, crainte, frayeur, etc... »

Il faut arriver à Baillarger pour assister à la transformation complète de cette conception et à la création d'une entité morbide, nouvelle pour ainsi dire, et qui ne subira dans la suite que peu de modifications.

Les recherches de Baillarger sur la stupeur le conduisent à considérer la mélancolie non plus comme un délire

partiel triste, mais comme une dépression douloureuse qui retentit sur l'entendement tout entier. Il montre lui-même la différence capitale qui existe entre son opinion et celle d'Esquirol : « C'est l'activité dans un cas, et l'inertie dans l'autre, la puissance et la faiblesse, la lucidité d'esprit à côté de l'obnubilation des idées, enfin la lésion partielle à côté du trouble général. » Ainsi définie la mélancolie peut se présenter sous des aspects variables, simples degrés d'un même état. Marcé, reproduisant ces divisions, auxquelles il ajoute d'intéressantes considérations sur les signes somatiques, distingue une mélancolie avec conscience, une mélancolie simple ou délirante, une mélancolie avec stupeur.

La mélancolie, avec ses variétés, demeure ainsi comprise jusqu'à nos jours, aussi bien en France qu'à l'étranger. Selon M. Magnan « c'est une psychose élémentaire, c'est à-dire une affection générale de l'entendement essentiellement basée sur des troubles primitifs simples, sans délire intellectuel proprement dit ». « Ce qui la constitue essentiellement c'est la dépression douloureuse. Sans cette dernière, il peut bien n'y avoir des conceptions délirantes analogues à celles que l'on observe dans les diverses phases de la maladie, il y a pas de mélancolie proprement dite. » Elle se montre uniquement chez les prédisposés simples, chez ces individus qui jouissent d'un mécanisme cérébral normal mais fragile.

Krafft-Ebing classe également la mélancolie dans les psychonévroses, en la classant accidentellement acquises dues à une prédisposition temporaire. Elle est caractérisée 1° : par un sentiment cénesthétique pénible produisant une réac-

tion douloureuse (névralgie psychique) ; 2° par l'entrave des processus psychiques allant parfois jusqu'à leur arrêt.

Schule accorde à la mélancolie la même place dans sa classification ; cependant, frappé par la multitude des aspects cliniques, qu'il décrit avec soin, il admet que la mélancolie n'est qu'un groupe symptomatique, une sorte de *type moyen* dont les diverses variétés ne sont reliées que par la *forme extérieure*. « C'est la réaction naturelle d'un moi sain jusqu'à ce moment, qui répond aux troubles psychiques qu'il ressent par des sentiments de dépression, de tristesse, de douleur. »

Si la conception de la mélancolie a peu changé depuis Baillarger, il n'en est pas de même de son domaine. Baillarger avait fait de la mélancolie une affection excessivement vaste, englobant des formes morbides disparates. Morel, au contraire, ne voit dans la mélancolie qu'un ensemble de symptômes et dans son *Traité des maladies mentales* (1860) on chercherait en vain la description de cette psychose. « Il me paraît impossible, dit-il, de produire une seule observation de manie ou de mélancolie qui satisfasse en tous points aux exigences de la science. La raison en est fort simple : la manie et la mélancolie sont des symptômes d'une affection nerveuse qu'il s'agit de préciser dans sa nature étiologique et pathogénique ».

Dans une discussion à la Société médico-psychologique en 1861 Jules Falret soutient une opinion analogue : il montre combien les mélancoliques diffèrent profondément les uns des autres, malgré leurs ressemblances apparentes.

Il conclut que l'on réunit dans une même classe des états très distincts au point de vue symptomatique, sans tenir aucun compte de la marche et de l'évolution prévue des maladies, véritable base des espèces naturelles.

Cette suppression complète de la mélancolie ne fut pas admise, mais en revanche la désagrégation de cette psychose augmenta peu à peu par la description d'entités psychopathiques nouvelles.

Dès 1820 Georget signalait la stupidité, « anéantissement moral » qu'il considère comme une forme curable de démence. Delasiauve reprend cette conception, et s'attaquant à la mélancolie avec stupeur de Baillarger, montre qu'il est des cas manifestement indépendants, dont le symptôme primordial est la confusion des idées : « Il n'y a ici ni chagrin, ni désespoir, mais stupéfaction, chaos ».

En 1826 Bayle puis Calmeil décrivent la paralysie générale. Les états de dépression ou d'hypocondrie qui se montrent au début et dans le cours de cette affection sont distraits de la mélancolie grâce aux observations de Baillarger.

Moreau de Tours fixe les traits de la mélancolie hystérique : apparition brusque, dépression intense, interrompue par de courtes phases expansives, avec rires spasmodiques, excitation génitale, impulsions au suicide.

Auguste Voisin et Falret tracent le tableau de la lypémanie épileptique, sorte d'état crépusculaire avec dépression psychique profonde, douleur allant jusqu'à l'angoisse, ne laissant après elle qu'un souvenir confus ou l'impression d'un rêve pénible.

Marcé et Ball reconnaissent l'existence d'une lypéma-

nie choréique où dominant l'anxiété, l'angoisse, les hallucinations de la vue.

Lasèque, sous le nom de délire alcoolique subaigu, décrit un état mélancolique, se prolongeant parfois plusieurs mois, accompagné d'angoisse précordiale violente, de panopobie, d'idées de persécution, d'éréthisme des centres sensoriels.

Vers 1850 J.-P. Falret et Baillarger insistent sur l'alternance fréquente chez le même malade de la mélancolie et de la manie. Ils réunissent tous ces cas dans une espèce morbide nouvelle qu'ils désignent l'un sous le nom de folie circulaire, l'autre sous celui de folie à double forme.

En 1852, Lasèque montre que l'on comprend dans la mélancolie une catégorie de malades atteints de délire partiel triste, bien différents des lypémaniaques et par la nature de leurs idées et par leurs modes de réaction. C'est le délire de persécution, groupe symptomatique dont M. Magnan détachera une affection spéciale : le délire chronique à évolution systématique.

Enfin M. Magnan décrit tout un groupe d'états mélancoliques qui doivent être rangés dans la folie des dégénérés.

En résumé, tandis que dans la première moitié du siècle, on considère la mélancolie comme une des maladies les mieux établies, les plus fixes de la pathologie mentale, dans la seconde moitié nous assistons à un démembrement progressif de cette affection. Et si l'on songe aux travaux étrangers, aux états décrits en Allemagne sous le nom de Wahnsinn et de Verwirrtheit, à l'hébéphrénie

de Hecker, à la catatonie de Kahlbaum, à la démence précoce enfin, on voit cette entité morbide d'abord si étendue se disperser en une série de formes nosographiques diverses.

De cette revue rapide nous pouvons dégager dès maintenant plusieurs faits intéressants. Nous avons vu la mélancolie embrasser d'abord toutes les anomalies psychiques qui revêtent un aspect triste; c'est là un signe pathognomonique nécessaire mais suffisant. Puis on reconnaît en dehors de cet élément asthénique, des caractères qui impriment au trouble mental une allure spéciale.

L'état effectif est relégué au second plan; au-dessus de lui existent des perturbations intellectuelles, des conditions étiologiques, une évolution particulière qui nécessitent la création d'espèces distinctes. Par voie d'élimination on restreint ainsi de plus en plus, le cadre de la mélancolie; mais l'on ne change rien cependant aux caractères de cette psychose, de sorte qu'actuellement, il nous semble que l'on doit étiqueter mélancolie tous les cas de dépression où l'insuffisance de nos connaissances sur l'étiologie et la marche est manifeste. Nous sommes en présence d'une sorte de mélancolie provisoire.

C'était là l'opinion de Ball, pour qui les mélancolies « peuvent reconnaître les origines les plus diverses et participent à l'expression symptomatique d'un grand nombre de maladies différentes. »

A Krœpelin revient l'honneur d'avoir définitivement attribué à la mélancolie sa valeur réelle. La transformation de ses idées à ce point de vue est digne d'intérêt

et il importe pour comprendre sa nouvelle conception de la mélancolie de comparer la classification de 1893 à celle de 1899.

En 1893 Krœpelin, distingue d'abord des maladies curables aiguës et subaiguës, produites en général par des causes extérieures. Ce sont les délires fébriles, les intoxications, les états d'épuisement aigu (délire du collapsus, confusion mentale, démence aiguë) la Manie, la Mélancolie, le Wahnsinn. — Les maladies constitutionnelles à marche chronique, dues surtout à des causes internes, comprennent la folie périodique, la folie systématisée, et la démence précoce. — En dernier lieu viennent les névroses, les maladies se manifestant par de profondes altérations organiques (paralysie générale, démence sénile) et les arrêts de développement psychique.

La mélancolie comprend trois formes : la mélancolie simple (tristesse sans motif, idées de culpabilité, de persécution, manque d'énergie) la mélancolie anxieuse, la mélancolie dépressive (stupeur plus ou moins intense). La mélancolie se développe surtout à la suite de troubles de nutrition chroniques ou d'énotions morales continues ; elle est particulièrement fréquente de 45 à 55 ans.

Dans la classification de 1899 on ne retrouve ni la Manie, ni la Mélancolie, ni le Wahnsinn. En ce qui concerne la mélancolie, Krœpelin estime que seuls ont des rapports intimes les cas qui surviennent à l'époque de l'insénescence. Tous les états dépressifs, à un âge moins avancé, appartiennent quelques-uns à la folie des dégénérés et peut-être à l'hystérie, la plupart à la folie maniaque-dépressive ou à la démence précoce.

La folie maniaque-dépressive comprend la manie ou la mélancolie intermittente, les états d'excitation ou de dépression alternante décrits sous le nom de folie circulaire, enfin les états mixtes constitués par l'association simultanée d'excitation et de dépression. C'est une maladie à évolution précise, essentiellement périodique dont le stade mélancolique n'est qu'une manifestation partielle. L'aspect clinique de la maladie permet d'y ranger même les cas, assez rares d'ailleurs, où un seul accès a été observé.

La démence précoce se divise en hébéphrénie, catatonie, démences paranoïdes d'après le mode de réaction, l'attitude, les idées délirantes du sujet ; l'état dépressif n'est encore ici qu'une phase de la maladie dont l'affaiblissement intellectuel progressif accompagné de signes physiques caractéristiques est la base essentielle.

La mélancolie, selon la conception nouvelle de Krœpelin, fait donc partie, avec le délire de préjudice présénile, des psychoses de la période d'involution ; à ce titre sa place n'est plus auprès des psychoses dues à des causes extérieures (intoxications, infections, etc.) mais à côté de la paralysie générale, des psychoses par lésions cérébrales et de la démence sénile.

DEUXIÈME PARTIE

LE SYNDROME MÉLANCOLIE

Chez l'adulte, la mélancolie n'est qu'un état symptomatique : on le rencontre dans un certain nombre d'affections que nous allons passer en revue. Ce sont la folie périodique, la dégénérescence mentale, la neurasthénie, la confusion mentale, et la démence précoce. Nous éliminons l'épilepsie, l'hystérie, l'alcoolisme, où les états mélancoliques sont universellement admis comme équivalents de la maladie. Dans ces divers cas le syndrome mélancolie se retrouve souvent prédominant et revêtant un aspect analogue, mais tout-à-fait insuffisant pour donner à lui seul la solution du problème clinique.

Folie périodique. - Décrite à peu près en même temps vers 1874 par J. P. Falret et Baillarger, la folie circulaire ou à double forme est essentiellement caractérisée non point par le mode de réaction psychique, expansif ou dépressif, mais uniquement par l'alternance et, d'une façon plus générale encore, par la périodicité. Les observations de M. Magnan ont définitivement établi ce résultat. « La folie intermittente, dit-il, est une espèce pathologique se traduisant par la répétition chez un sujet, « à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de

« diverses manières, mais présentant toujours une évolu-
« tion, une marche et des caractères généraux communs
« qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres
« sortes de folie. Ces accès peuvent offrir, dans leur
« marche, des variétés d'évolution que certains auteurs,
« ont considérées comme suffisantes pour constituer des
« espèces pathologiques distinctes ; c'est ainsi qu'on
« admet les folies intermittentes, les folies alternes, les
« folies circulaires, etc ; mais on s'assure aisément par
« l'histoire clinique des malades que ces distinctions repo-
« sent sur des caractères assurément très apparents,
« très saillants, mais néanmoins secondaires et limités
« à une phase épisodique de la maladie ».

Ainsi, que l'on se trouve en présence d'une mélancolie, intermittente ou d'une manie périodique, peu importe ; il est certain qu'il s'agit de la même forme morbide revêtant un aspect différent selon le terrain sur lequel elle se développe.

Et cependant l'accès dépressif de la folie périodique n'a rien qui le distingue d'un cas de mélancolie essentielle. La brusquerie du début ou la fréquence des récurrences sont des indications insuffisantes, car, d'une part, dans la folie intermittente l'accès peut être annoncé par une période d'abattement, d'insomnie, ou par des idées obsédantes, d'autre part les intervalles de lucidité sont parfois très longs chez les intermittents. La malade V von K... de M. Magnan ne présenta que trois accès dans un espace de 20 ans. Il existe souvent, d'ailleurs, des accès atténués qui passent inaperçus. Nous avons observé une malade qui a eu trois accès en 24 ans, chacun d'eux

produit par un scrupule ou un remords imaginaire, le dernier plus intense, sans doute parce qu'il est apparu à la ménopause.

OBS. II — Mme D... Marie, sans profession, 48 ans, entrée le 19 janvier 1900, sortie après guérison le 18 avril 1900.

Dans son hérédité nous signalons, un père buveur, un cousin germain mort à Charenton avec des idées de persécution, un autre cousin présentant des troubles nerveux mal définis. Elle même n'a jamais été malade ; sujette aux migraines.

Elle entre dans le service dans un état de mélancolie anxieuse extrêmement intense. Ce n'est point son premier accès.

Premier accès. — A 24 ans, après la mort de son père, elle reste mélancolique pendant 4 mois, s'accusant d'avoir mal soigné son père.

Deuxième accès. — A 33 ans à l'occasion de la mort de son enfant, mêmes idées d'auto-culpabilité ; anxiété de 6 mois.

Troisième accès. — Vers le mois de décembre elle apprend que la femme E... qu'elle a envoyée à Villers-Coterets est morte. Elle se reproche alors d'être la cause de cette mort. Elle s'accuse en même temps d'avoir conseillé à M. C... de frustrer le fisc, de détourner des titres.

Ces deux faits l'obsèdent sans cesse et sont suivis d'une anxiété extrême avec idées délirantes qu'elle manifeste ainsi à son arrivée : elle est une coquine, elle a commis tous les crimes, les autres criminels ne sont rien à côté d'elle. Elle envoie plusieurs familles au bagne. Elle fait périr tout

un peuple. Cela paraîtra dans les journaux. Sés infamies dureront des siècles de siècles.... Elle a un amant, n'est-ce pas ignoble? Elle a fait des communions sacrilèges. Elle se met à genoux et implore son pardon. Dans la nuit elle se lève et va s'agenouiller au pied du lit de son infirmière. Elle gémit continuellement, ne cesse de répéter « mon Dieu, quel malheur ! » Insomnie. Alimentation difficile.

En même temps idées de ruine: elle n'a plus rien, ni bas, ni chemises, que deviendra-t-elle? Dieu a mis le sequestre sur tous ses biens. Cette idée l'étreint à la gorge, lui dessèche la bouche, au point qu'elle ne peut avaler. A aussi quelques idées hypocondriaques, qui paraissent accessoires; son cœur est déplacé on l'a mis du côté droit.

Interprétations délirantes.—Elle a vu préparer le bûcher où elle va être brûlée, vit constamment dans l'attente d'un supplice. On va la conduire en prison; tout périra autour d'elle. La nuit on vient faire des horreurs sur son corps; elle voit des gens prêts à l'étouffer, crie « les voilà »; aperçoit du sang dans sa chambre. Une nuit elle voit le nom de sa tante écrit sur le mur. Elle a aussi des impulsions; « si j'étais seule dans la rue, dit-elle, j'assassinerais quelqu'un ». Un être la pousse à donner un coup de couteau, à commettre un crime, elle se demande si elle n'est pas possédée du démon.

Elle a des idées de suicide, mais n'a point fait de tentative: « Je n'ai même pas le courage de me tuer ».

Cette anxiété persiste au même degré pendant plusieurs jours. Repos au lit. Extrait thébaïque à doses progressivement croissantes.

Peu à peu son agitation diminue. Le 2 février elle est encore inquiète, mais avec réaction moins vive. Elle est tou-

jours torturée par le souvenir des C. Elle dort bien et augmente de poids.

Comme troubles organiques : mauvais état des voies digestives, alternatives de diarrhée et de constipation ayant précédé et accompagnant son accès. Le pouls varie de 70 à 80 pulsations, il est un peu vibrant.

Le 16 février. — Elle pleure toute la journée à la pensée des C qu'elle a plongés dans la misère.

Pendant le mois de mars, elle commence à se rendre compte que ses idées n'ont rien de vrai, elle est préoccupée par les craintes de dépenses peu en rapport avec sa fortune. Le 26 mars les idées délirantes ne sont plus qu'à l'état de souvenir et sa dépression tend à disparaître. Elle sort en apparence guérie de son accès le 18 avril 1900 (1).

Le syndrome mélancolie n'a donc bien qu'une signification relative ; ne voit-on pas d'ailleurs éclater, au cours d'un accès, un épisode de couleur différent, et ces états mixtes décrits par Krœpelin, dans sa folie maniaque, dépressive, ne sont-ils pas l'indice de réactions purement extérieures sans valeur intrinsèque, sans influence sur la nature même de la maladie ?

Dégénérescence mentale. — Dans ce vaste groupe des dégénérés, bien étudié par M. Magnan, à côté des syndromes épisodiques, surviennent aussi des accès de mélancolie. Sur ce fertile terrain vésanique, la psychose fruc-

1. Cette malade s'est pendue trois mois environ après sa sortie. La dépression, avec idées de ruine et d'indignité, avait reparu depuis une quinzaine.

tifie avec une richesse délirante considérable ; ce délire présente tous les caractères du délire mélancolique : pénible, humble, divergent, parfois même monotone ; il est enfin secondaire, explicatif de la dépression douloureuse ; c'est ce dernier signe qui demeure prédominant : « Si l'on supprime la dépression douloureuse, disent MM. Magnan et Pécharman, la mélancolie disparaît et l'on se trouve en présence des délires purs de la dégénérescence : idées de persécution, hypocondriaques, mystiques, etc... »

Considérés en eux-mêmes, les états mélancoliques des dégénérés, si l'on excepte la fréquence des récidives, n'offrent pas de caractères bien tranchés ; la brusquerie du début, la rapidité d'évolution, le polymorphisme des conceptions délirantes se rencontrent aussi dans la mélancolie simple. Le diagnostic ne se fait en général que grâce à la présence de stigmates physiques et psychiques.

Nous citerons une malade chez qui la mélancolie anxieuse ne fut qu'un épisode apparaissant sur un fonds de neurasthénie constitutionnelle, dont les stigmates persistent après guérison de la psychose aiguë.

OBS. II. — Mlle E.,. Blanche, sans profession, 31 ans, entrée le 16 avril 1899.

A son arrivée dans le service est très anxieuse entrecoupant ses réponses de gémissements.

Préoccupations hypocondriaques intenses. Idées de culpabilité et de suicide : dès la première nuit elle essaye de se serrer le cou avec une serviette.

C'est une jeune fille à l'aspect infantile, et n'ayant pas le

développement intellectuel habituel à son âge. On ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires. A l'âge de 10 ans elle aurait eu des vertiges, précédés de bruissement dans les oreilles, avec perte de connaissance brève, sans miction involontaire. A l'âge de 16 ans, pendant deux mois, elle devient triste, croyant porter malheur à tout le monde, éprouvait la sensation de toujours marcher sur du verre, ne dormait pas, et se sentait poussée à se jeter sous les voitures ; en même temps état organique mauvais : fièvre, vomissements. A 22 ans, excitation maniaque de trois mois : besoin perpétuel de mouvement, quelques scrupules religieux ; transpirations abondantes tachant ses draps en rouge ? Sensation de gonflement du ventre.

En dehors de ces périodes, susceptibilité extrême ; ne peut supporter la plus légère contrariété, sans avoir envie de pleurer. Stigmates de dégénérescence, érosions dentaires et surtout délire du toucher : elle ne peut toucher un bouton de porte en cuivre sans être aussitôt obligée de se laver plusieurs fois les mains.

La maladie actuelle, d'après sa mère, a débuté vers le mois d'octobre 1898, par des tristesses non motivées, suivies de larmes, une surexcitation excessive, des hésitations, un manque absolu de courage. Elle s'imaginait avoir quelque chose de déplacé dans l'intérieur du corps, et prétendait ne pas pouvoir se tenir droite. Au surplus, voici comment la malade nous explique plus tard l'origine de son état : « Sous l'influence de mon état d'irritabilité, je trouvais que ma mère me tenait trop éloignée des autres jeunes filles, et peu à peu je me laissai aller à de violents sentiments d'aversion envers elle. Me jugeant absolument responsable de ces vilaines pen-

sées, je ne cessais de m'en confesser. A l'arrivée d'un nouveau prêtre je crus nécessaire une confession générale ; mais je reculais toujours et cependant j'en avais un vif désir ». Ces scrupules religieux allèrent toujours augmentant, elle se crut abandonnée de Dieu, se mit à prier le diable et se figura enfin être possédée du démon.

En même temps, sous l'influence peut-être d'un mauvais état gastro-intestinal (vomissements, constipation) survinrent des préoccupations hypocondriaques : elle a l'estomac serré, rien ne passe plus, c'est une paralysie de l'estomac. Ses genoux sont tournés. Elle sent son corps, son ventre se resserrer, aux organes génitaux elle éprouve un écartement qui augmente de jour en jour. Dès son lever elle court devant une glace examiner sa langue qu'elle trouve chargée, son cou qui est secoué de battements.

Ses idées de suicide ont débuté au mois de janvier. Elle a cherché plusieurs fois à se serrer le cou avec ses mains ou avec son mouchoir, à avaler des épingles. Deux fois elle a voulu se frapper d'un couteau ; se précipite le front ou le poing contre les vitres, voudrait manger du verre.

En même temps a des impulsions : est poussée à sauter sur quelqu'un et en particulier sur sa mère. Voudrait causer du mal à son entourage. Considère ces pensées comme des crimes.

Cet état de mélancolie anxieuse se prolongea pendant un mois et fit place à de la dépression mélancolique.

Lorsque nous l'examinons, le 10 février 1900, la malade est encore préoccupée par ses scrupules de conscience. Elle nous avoue à voix basse qu'elle a prié le diable. Elle est très impressionnée, dit-elle, par tous ces souvenirs, qui en effet

provoquent une dilatation vaso-motrice intense et des transpirations. Elle se demande encore avec anxiété si elle n'est pas responsable de toutes ses idées passées ; cette pensée lui cause des bouffées de chaleur, une sensation de gonflement du visage.

Elle présente actuellement des symptômes neurasthéniques très nets. Elle a d'abord une psychasthénie intense : fatiguée par la plus légère lecture, ou par une conversation un peu longue, ne pouvant écrire une lettre qu'avec peine. Le seul fait de lever les bras lui donne de vives douleurs au ventre. Elle a des démangeaisons intolérables toute la nuit ; une forte sensation de chaleur à la tête, surtout le matin. Soubresauts intérieurs, battements au ventre ; sensation de gonflement des jambes. Localise plus spécialement ces troubles subjectifs au côté gauche du corps ; ce côté, dit-elle, est plus faible que l'autre, elle penche de ce côté, elle éprouve de ce côté du ventre « comme une roue qui tourne. » Céphalalgie plus intense du côté gauche.

Appétit diminué ; digestions pénibles. N'est pas réglée depuis le début de sa maladie.

L'examen de la sensibilité ne révèle rien d'anormal. Son champ visuel est légèrement rétréci, rétrécissement plus marqué pour l'œil droit. Rien au poumon, ni au cœur ; le pouls oscille entre 65 et 75, il est mou et dépressible. Urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

En un mot, l'état mélancolique du dégénéré est identique aux autres états syndromiques si fréquents chez lui. L'intervention du facteur dépression ne saurait empêcher de l'assimiler aux phobies, obsessions, et autres stig-

mates psychiques. MM. le Professeur Raymond et le Dr Pierre Janet ont montré cette simple différence de degré qui existe entre une phobie et une crise de mélancolie anxieuse. L'une, émotion choc, détermine une dissolution plus ou moins profonde, mais éphémère, des synthèses antérieurement construites, l'autre est un état psychologique de longue durée qui s'établit souvent à la faveur de la dissociation précédente. « Ce système particulier de l'émotion, tel qu'il avait été constitué à un moment de la vie, est resté permanent, il amène avec lui les effets que l'émotion produit momentanément, et il empêche toujours les autres systèmes de se reconstituer ». C'est en quelque sorte une émotion obsédante.

L'école de M. Magnan rattache à la dégénérescence mentale une variété, que Griesinger considérait comme une forme atténuée de mélancolie, l'hypocondrie. « L'hypocondrie, dit M. Gilbert Ballet, a été progressivement démembrée à mesure qu'on a enlevé à cette espèce morbide provisoire ce qui revient de droit à la mélancolie, à la folie intermittente, à l'encéphalite interstitielle, aux états de faiblesse ou d'affaiblissement mental. Elle ne saurait être actuellement envisagée que comme un syndrome... il y a des idées hypocondriaques comme des idées de grandeur ou de persécution, il n'y a pas une espèce morbide méritant le nom d'hypocondrie. » Et cependant l'hypocondrie semble avoir une base organique autrement solide que la mélancolie, puisqu'elle n'est que « l'amplification par un cerveau devenu malade de symptômes réels et l'interprétation fausse ou délirante de ces symptômes ». Pourquoi donc accorder à l'une de ces psy-

choses ce que l'on refuse à l'autre et s'il n'existe que des idées hypocondriaques sans hypocondrie, ne pourrait-on pas ajouter qu'il n'existe aussi que des états mélancoliques sans mélancolie ? Oui sans doute, si l'on donne à la mélancolie le sens qu'on a l'habitude de lui attribuer.

Neurasthénie. — Les rapports réciproques de la mélancolie et de la neurasthénie ont été bien étudiés dans la thèse du Dr Boissier. Il est, après lui, inutile d'insister sur l'analogie des conditions étiologiques, des phénomènes somatiques et psychiques, preuve suffisante qu'il n'existe entre la névrose et la psychose « qu'une différence d'intensité ». « On peut voir dans la mélancolie un stade d'aggravation éventuel survenant dans la névrose comme un incident épisodique ou comme terme extrême amené par la persistance de causes provocatrices. »

Et en effet, la phase prodromique de la mélancolie : lassitude, céphalalgie, anxiété précordiale, troubles gastro-intestinaux ne relève-t-elle pas de l'état neurasthénique ?

M. Gilles de la Tourette, parlant de la mentalité des neurasthéniques, s'exprime ainsi : « Le neurasthénique se rend un compte exact de son état mental, de la dépression psychique dans laquelle il se trouve. Il s'en rend compte et il s'en afflige, et c'est même cette conscience exagérée de son état qui le plonge dans la tristesse... Ou bien le malade s'abandonne complètement à sa dépression mentale restreignant autant que possible et volontairement son champ d'activité psychique, devenant indifférent, au moins en apparence et apathique ; ou bien il s'angoisse, l'effort toujours très pénible qu'il doit donner, restant disproportionné avec l'excitation qui l'a fait naître et sur-

tout avec le résultat qu'il sait devoir en obtenir ». Serait-il possible de décrire en termes plus exacts l'état mental du mélancolique avec conscience ?

Où trouver un moyen de diagnostic ? dans la plupart des monographies on indique le délire : « Le mélancolique, dit encore M. Gilles de la Tourette, puise sa tristesse et son abattement dans les interprétations délirantes. » Sans doute l'apparition d'un délire pénible augmente la dépression, mais n'est-il pas universellement reconnu que cette dépression est toujours primitive que les idées délirantes sont en somme accessoires : mode d'explication, qu'a trouvé le malade, de son état affectif. En revanche le délire peut se montrer dans la neurasthénie. Bouveret signale l'apparition de courts accès de délire émotif au début de certaines neurasthénies et en particulier dans l'hystéro-neurasthénie traumatique, ou encore à l'occasion d'une émotion nouvelle dans la neurasthénie de longue date.

Et nous avons seulement en vue la neurasthénie vraie, acquise, non point la neurasthénie constitutionnelle avec ses phobies, ses obsessions... qui la font rentrer dans le cadre des dégénérés et où les bouffées délirantes sont si fréquentes.

Confusion mentale et psychose hallucinatoire aiguë.— Les différences entre la mélancolie avec stupeur et de la confusion ont souvent été signalées depuis les discussions célèbres de Baillarger et Delasiauve.

Actuellement on a précisé le tableau de la confusion et on lui a découvert une étiologie spéciale : l'auto-intoxication, opinion que sont venues confirmer de nombreuses

recherches sur les humeurs ou les sécrétions de l'organisme.

Ces malades n'ont du mélancolique que l'apparence : leur attitude indique l'effroi et non l'anxiété : leur arrêt psychique n'est point produit par une douleur morale, mais uniquement par la désorientation qui est chez eux le phénomène primordial, expliquant l'amnésie consécutive.

Cette forme est en général bien diagnostiquée. Nous croyons cependant que dans maintes circonstances on attribue encore à la mélancolie ce qui appartient à la confusion. Cette hypothèse est fondée sur la façon dont on envisage les hallucinations dans la mélancolie. Plusieurs psychiatres admettent une sorte de lypémanie hallucinatoire. Krafft-Ebing écrit : « Les hallucinations se manifestent souvent au cours de la mélancolie... elles constituent une source abondante qui fait naître les idées délirantes. Elles peuvent se produire dans le domaine de tous les sens et transporter le malade dans un monde tout-à-fait imaginaire ». Et M. Régis dans son manuel : « Les hallucinations sont à peu près constantes dans la mélancolie aiguë... elles peuvent être multiples et affectent divers sens; toutefois celles de l'ouïe sont plus fréquentes. »

Nous croyons au contraire, avec Krœpelin, Ziehen et M. Ségla, que les hallucinations ne surgissent qu'à titre exceptionnel dans la mélancolie (1). M. Jules Falret prétend que l'hallucination proprement dite fait toujours défaut chez les obsédés ; cette proposition nous paraît mieux

1. Nous ne parlons point des hallucinations psycho-motrices dont M. Ségla a montré à la fois la fréquence et la signification.

s'appliquer aux mélancoliques dont l'idée fixe est précédée et s'accompagne d'un sentiment douloureux de dépression. A priori, en effet, l'hallucination, cette épilepsie des centres sensoriels, selon le mot de Tamburini, s'accorde mal avec l'état mental des mélancoliques : leur conscience est tout entière envahie par une conception délirante pénible qui peut donner naissance à quelques interprétations fausses, mais leur atonie, leur passivité se traduira par des phénomènes de déficit (perte de la vision mentale. Cotard — Affaiblissement de l'audition mentale. Toulouse) et non point par cette brusque décharge corticale qu'est l'hallucination.

Lorsqu'elle apparaît c'est seulement à titre d'épiphénomène, occasionnellement et tardivement, sorte d'écho de la pensée plutôt qu'hallucination. « L'hallucination de la vue chez les mélancoliques, dit M. Legrain, est un phénomène imaginaire comme le rêve, sans retentissement obligé sur les sphères motrices ou sensorielles. Au lieu d'extérioriser, le malade intériorise ». Il est permis de conclure que les cas de mélancolie avec hallucinations nombreuses n'appartiennent pas à cette psychose.

Notre ancien collègue le Dr Farnarier a décrit une psychose hallucinatoire aiguë, déjà bien étudiée par Kröpelin, où la confusion n'est qu'épisodique et secondaire. Dans une conscience jusque-là normale, surgissent des hallucinations multiples et sous leur influence se développent des idées tristes et hypocondriaques. A ce moment le malade peut avoir une dépression intense, prendre une attitude anxieuse : on diagnostique mélancolie. C'est le cas de M^{me} (obs. VI. th. Farnarier) qui passe par des périodes

très nettes d'amoindrissement intellectuel, pendant lesquelles il pleure, gémit et a même fait une tentative de suicide.

On peut encore rapprocher de ces faits des états analogues, sans hallucinations proprement dites, avec illusions et interprétations délirantes multiples qui éclatent d'emblée et provoquent chez les malades une anxiété tout à fait identique à celle des mélancoliques. Une observation fera mieux comprendre notre pensée.

Il s'agit d'une malade (castrée) qui a eu deux accès successifs, apparus brusquement sans prodromes dépressifs. Elle voit tout changer, se transformer autour d'elle, gémit sans cesse et se demande si elle n'est pas la cause de tous ces maux. C'est là un état mélancolique à base d'interprétations délirantes, tout voisin de la psychose hallucinatoire aiguë : l'hyperesthésie moindre sans doute de la couche corticale ne va pas jusqu'à l'hallucination et s'arrête à l'illusion.

OBS. III. — Mme M... Marie, 37 ans, entrée le 7 mai 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires. Régée à 12 ans ; mariée à 20 ans, a eu deux enfants l'un mort en bas-âge, l'autre bien portant. Remariée à 29 ans. Grippe assez grave il y a 6 ans. A 32 ans castration totale pour affection utéro-ovarienne ; l'opération n'a pas produit de changement dans le caractère de la malade qui a simplement pris de l'embonpoint.

Premier accès. — Début au mois de novembre 1897. — Voici la description qu'elle en donne : Elle entend toutes

sortes de bruits ; on lui dit : Vous serez pleurer le bon Dieu et la Sainte Vierge. Son mari veut se débarrasser d'elle, les aliments ont mauvais goût. On l'envoie à l'asile de Clermont-Ferrand où les interprétations augmentent d'intensité. Cet asile est une maison d'inquisition. Il y a derrière les murs des malheureux à qui on arrache les chairs, dont on broie les os, que l'on écrase sous un pilon, qui souffrent depuis des siècles ; ils brûlent dans les cheminées, elle entend les coups de marteau. On la fait marcher sur une terre rougeâtre, une terre de sang. On lui donne à manger des pommes de terre qui ont poussé dans le sang. Elle voit les couleurs changer à chaque instant, les Christ respirer. Son enfant est derrière ces murs, il l'appelle : Maman, maman ; quand la religieuse joue de l'harmonium elle entend crier maman ; une corde doit réunir son enfant à l'harmonium. Ses parents sont venus la voir et on les a reconduits de Clermont à Paris à pied en les frappant avec des barres de fer rouge. Les religieuses l'accusent de toutes sortes de malheurs, et la font souffrir.

Cet état a duré 8 mois ; elle sort guérie, se disant que tout ce qu'elle a éprouvé, ce sont des cauchemars.

Depuis trois semaines, début de l'accès actuel, elle comprend que tout ce qui s'est passé à Clermont était bien la réalité. Elle voit de nouveau autour d'elle des choses extraordinaires. Tout change de couleur, tout s'anime. Ce matin les tombeaux se sont ouverts ; elle a entendu des coups formidables. Les arbres sont comme s'ils avaient reçu une pluie de soufre ; ça sent le soufre chez elle. Tout Paris est bouleversé ; elle a vu les maisons de Clermont placées à côté de la sienne. Elle est une lourde croix pour sa famille ; les pau-

vres siens ! elle les entend, les malheureux ! pleurer sans cesse. Ils sont damnés. Ils sont quatre en enfer par sa faute : son premier mari, ses deux enfants et elle... Tous les siens l'implorant, lui disent d'avoir pitié d'eux, mais elle n'a pas le courage de se tuer. Chaque fois qu'elle parle, qu'elle écrit, elle cause de nouveaux malheurs. La guerre du Transvaal, les accidents de l'Exposition, à elle la faute ! Tout le monde la regarde à Paris, on doit voir sur sa figure qu'elle est cause de tout cela.

Son enfant a été changé ; son fils avait les yeux verts, celui-ci a les yeux marrons. Il ne se conduit pas comme son fils, il est arrogant. C'est l'Enfant Jésus qui est à la place de son fils.

Son mari n'est pas le sien, elle n'a pas le droit de s'appeler Mme M... Il a des airs d'autorité qui en imposent ; il veut se débarrasser d'elle ; un jour il lui porte un paquet de ficelle, c'est pour lui dire de se pendre ; il lui propose de se promener au bord de la Seine, c'est pour l'engager à se noyer. On va la couper en tout petits morceaux.

Anxiété extrême, gémissements, pleurs... sans confusion ni désorientation. Insomnie depuis trois semaines. Pas de véritables hallucinations de l'ouïe, ni d'hallucinations psychomotrices. Conservation de l'appétit. Constipation habituelle. Pouls 80. Inégalité pupillaire au profit de la gauche ; mydriase ; pas de troubles des réflexes. Urines normales.

21 mai. — Anxiété persistante qui augmente à tout propos ; on enlève une penlule, elle éclate en sanglots disant qu'on emporte son enfant ; un thermomètre se brise, elle crie qu'on casse les membres de son enfant. Aux bains, elle pousse des crises effrayants chaque fois qu'on ouvre un robinet

disant qu'on torture son fils ; un tableau de la salle représente un accident de bicyclette : c'est son fils qu'on écrase. Déchire-t-on des papiers ; nouvelles lamentations, on coupe son enfant en morceaux.

Conservation parfaite de la mémoire ; sait exactement depuis quand il est ici.

4 juin. — L'anxiété est moindre, mais le délire persiste. Devient réticente. A été contente de voir son mari et son fils, mais dit d'eux : c'est bien leur corps, ce n'est pas leur âme.

Démence précoce. — Krœpelin réunit sous cette dénomination l'hébéphrénie de Hecker, la catatonie de Kahlbaum et les démences paranoïdes, toutes affections qui ont pour caractères communs d'apparaître à un âge peu avancé et de se terminer par l'affaiblissement intellectuel. « L'hébéphrénie, dit Hecker, se manifeste par une succession d'accès de manie et de mélancolie et marche rapidement vers la démence. » Ces états mélancoliques paraissent identiques à la mélancolie essentielle ; on se contente généralement de signaler qu'ils évoluent sur un fond de débilité mentale. A la catatonie appartiennent un grand nombre de cas de mélancolie anxieuse ou avec stupeur ; l'humeur triste, les attitudes stéréotypées, les idées délirantes multiples sont communes aux deux maladies. Il sera souvent nécessaire de réserver le diagnostic et d'attendre de la marche une lumière nouvelle.

Cependant quelques signes, bien analysés par Krœpelin, permettent, dès le début, d'éliminer la mélancolie. C'est d'abord le négativisme du dément précoce, tout différent de l'arrêt psycho-moteur du mélancolique. C'est une

résistance systématique se manifestant de façons diverses telles que le mutisme, la rétention d'urine ou de matières fécales. Ce négativisme s'accompagne d'une éapathie remarquable, d'une absence de spontanéité presque absolue, que l'on reconnaît dans le débraillé du costume, la suggestionnabilité des mouvements, la conservation d'attitudes bizarres, la tendance à l'automatisme (écholalie, échopraxie). Aschaffenburg signale encore l'importance de l'étude des petits mouvements : l'écriture, par exemple est irrégulière chez les déments mais ne ressemble pas à l'écriture lente mal tracée des mélancoliques.

Voilà autant de faits qui permettent un diagnostic précis ; mais souvent ces différences ne sont qu'ébauchées, et, jusqu'à ces derniers temps, tous ces cas à contours mal délimités s'inscrivaient dans la mélancolie : au fur et à mesure que la démence précoce sera mieux connue, on les éliminera. C'est ainsi que deux malades du service furent étiquetés mélancoliques dès leur arrivée et au certificat de quinzaine ; aujourd'hui l'âge du début, la présence de signes physiques, l'attitude, l'affaiblissement intellectuel enfin nous les font ranger dans la démence précoce,

OBS. IV. — Mlle M., Marie, âgée de 30 ans, entrée le 17 novembre 1897 est depuis cette époque dans un mutisme à peu près absolu, interrompu parfois par des gémissements, des cris et des pleurs. Elle résiste énergiquement à toute tentative de mouvement, refuse de se nourrir (alimentation à la sonde). De temps en temps périodes d'agitation : elle crie, sort de son lit, se déshabille sans cesse, court toute nue

dans le couloir. En général elle passe ses journées debout, immobile, faisant la moue (elle a eu à différentes reprises de l'œdème des jambes); la nuit elle reste le plus souvent accroupie.

La lucidité est conservée : elle sourit parfois à une réflexion, elle répond par des signes de tête, des mouvements d'épaule aux questions qu'on lui pose.

Réflexes patellaires exagérés, clonus du pied. Pupilles dilatées, paresseuses. Tremblement fibrillaire des muscles de la face, surtout des sourcils. Hypéresthésie généralisée. Cyanose des extrémités. Dysménorrhée et depuis un an aménorrhée.

OBS. V. — L'autre malade, Mlle H.... Adèle, 46 ans est entrée le 13 octobre 1895. La mère a été internée à l'asile de Vaucluse. Elle a fait elle aussi un séjour de 2 ans dans le même asile. Serait malade depuis 6 ans ; était auparavant très intelligente. Elle avait au début une attitude mélancolique, avec sentiment de lassitude, idées hypocondriaques, craintes de mort prochaine, troubles de la sensibilité générale, quelques hallucinations, tendance au négativisme. Il y a 6 mois elle est devenue gâteuse, refuse de s'alimenter, se barbouille les cheveux de matières fécales, bourre ses poches de chiffons, met des graviers dans ses oreilles.

Actuellement elle pleure souvent, parle d'une voix larmoyante. Son affaiblissement intellectuel est trop prononcé pour qu'il soit possible de causer avec elle. Elle ignore son âge, donne celui du début de sa maladie. Elle prononce des phrases sans suite où semblent dominer quelques idées hypocondriaques absurdes. « Je n'ai plus de tête.... mon cœur

est attaché par un fil... mon père est président de la République pour nous faire mourir tous ». Elle colle à ses paupières, à ses oreilles des morceaux de feuilles.

Pas d'inégalité pupillaire ni de déformations ; réflexe lumineux aboli. Réflexes tendineux très diminués.

Dans ce même cadre de la démence précoce doivent prendre place toute une catégorie de faits décrits sous le nom de **délires systématisés secondaires**.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que ces délires évoluent fatalement vers la démence, et l'on s'explique que Krœpelin les ait classés dans les démences paranoïdes. Dans la description de ces formes on semble avoir voulu établir deux entités distinctes : le malade fait d'abord un accès mélancolique puis, lorsque cet accès touche à sa fin, un certain nombre de ses conceptions persistent, s'organisent, prenant les allures d'un délire systématisé primitif et n'en différant que parce qu'il succède à la mélancolie. De tels malades sont-ils des mélancoliques ? Non assurément. L'état dépressif n'est ici qu'un premier stade, un premier degré d'évolution ; il ne doit pas être décrit à part, il se confond par transitions insensibles avec le délire consécutif et l'état démentiel final. C'est là un ensemble qui fait partie d'une seule maladie : la démence précoce. L'état mélancolique demeure un syndrome analogue, par exemple, à la première période du délire chronique. On ne songe point, pour ce dernier, à faire de la phase d'inquiétude, de méfiance, de soupçon une affection distincte ; on ne doit pas davantage considérer la période de douleur morale, de dépression d'une

démence précoce au début comme une psychose distincte.

Conclusion. — Après cette révision des états mélancoliques nous croyons être en droit de dire avec M. Saury. « La mélancolie est un syndrome qui se retrouve dans les multiples expressions de la folie ; il est susceptible de se modifier suivant ses causes et surtout son terrain d'évolution ; enfin il est insuffisant pour nous renseigner exactement sur la nature et la marche du phénomène maladif ». Il nous reste maintenant à édifier la mélancolie sur des assises nouvelles, et à montrer qu'elle a sa raison d'être si on l'envisage comme manifestation psychique des processus organiques d'involution sénile.

TROISIÈME PARTIE

LA MÉLANCOLIE, PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE.

« Le sentiment de son impuissance, écrit Esquirol, rend le vieillard plus calme ; les idées et les désirs ont perdu leur énergie, l'imagination est en repos, les passions sont éteintes, la mélancolie pourrait-elle avoir accès chez les individus sans passion ? Aussi cette maladie est-elle très rare dans la vieillesse ». Une statistique de 4 années se résume en effet ainsi : 64 cas à 25 ans, 62 à 30 ans, 52 à 40 ans, 48 à 45 ans, 38 à 50 ans, 11 à 55 ans, 29 à 60 ans.

Des observations nouvelles ont transformé ces résultats ; d'ailleurs la phrase d'Esquirol sur la mentalité du vieillard ne s'appliquerait-elle pas à l'état mélancolique et ne montre-t-elle pas du moins qu'il y a là un terrain tout préparé pour laisser germer cette psychose. De plus la relation évidente qui unit les suicides et la mélancolie, permet de conclure de la fréquence des uns à la fréquence de l'autre. Brierre de Boismont avait déjà remarqué que, si l'on tient compte de l'infériorité numérique des vieillards dans la société, on trouve que la proportion de suicides chez eux est plus élevée que chez les adultes (1 suicide pour 10.425 individus de 30 à 40 ans, 1 suicide pour 8.078 de 40 à 50 ans). Le Docteur Socquet dans une sta-

tistique sur le suicide en France de 1827 à 1880 arrive aux chiffres suivants :

de 20 à 30 ans.	526 cas.
— 30 à 40 ans.	656 —
— 40 à 50 ans.	807 —
— 50 à 60 ans.	821 —
— 60 à 70 ans.	665 —

On peut donc s'attendre à rencontrer les cas de mélancolie plus nombreux dans la vieillesse. En effet le professeur Zichen, de l'étude des admissions de 1886 à 1894 conclut : « Chez la femme la mélancolie tend évidemment à se montrer entre la quarantaine et la cinquantaine ; chez l'homme, lorsqu'il n'y a pas association de neurasthénie, c'est entre 45 et 55 ans ».

Nous avons réuni 36 certificats où figurait le diagnostic mélancolie, tous les malades, la plupart des femmes : oscillent de 45 à 70 ans. Cinq seulement sont âgés de 23 ans, de 29, de 34 et deux de 36 ans. L'insuffisance de renseignements nous empêche de discuter ces derniers faits : remarquons seulement que l'on y signale soit un appoint alcoolique, soit des impulsions, ou des idées de persécution prédominantes ou encore l'apparition d'accès antérieurs. Quoi qu'il en soit, ce sont là des documents d'où se dégage l'impression que la mélancolie offre une prédilection toute spéciale pour la vieillesse.

Nous voudrions montrer maintenant que ces états mélancoliques préséniles ont une base organique qui les explique et qui permet d'en faire une psychose autonome. Pour rendre cette interprétation plus acceptable nous ne commencerons point par l'étude de la mélancolie présé-

nile où les signes psychiques dominent la scène à tel point qu'ils effacent les transformations physiologiques dont ils ne sont cependant que la projection. Nous nous adresserons d'abord aux états mélancoliques sous la dépendance d'une lésion bien évidente; puis, par transitions insensibles, nous verrons s'établir une sorte de rapport inverse entre le désordre somatique et le désordre psychique, et nous arriverons ainsi à la mélancolie proprement dite, conséquence de l'involution sénile.

Les mélancolies organiques. — L'existence d'états vésaniques greffés sur des altérations cérébrales ou viscérales est indiscutable. Nombreux sont surtout les cas de dépression qui surviennent à la suite d'une lésion interne. On connaît ceux qui se montrent par exemple dans la maladie de Basedow ou dans la sclérose en plaques. Luys a depuis longtemps signalé l'émotivité et l'impressionnabilité des hémiplegiques, surtout des hémiplegiques gauches, émotivité capable de se transformer en un véritable délire mélancolique. Ne pourrait-on pas rapprocher ces derniers faits de ceux étudiés par M. Brissaud dans sa *Leçon sur le Rire et le Pleurer spasmodiques?*

Sans doute ce sont là des troubles de la mimique purement réflexes, comparables à la contracture musculaire. Mais il existe entre l'expression des sentiments et les sentiments eux-mêmes un rapport tellement intime qu'il est difficile de concevoir l'un sans l'autre. Bechterew et Strumpell croient que, même dans ces impulsions aux pleurs, l'intervention d'une cause mentale, si légère soit-elle, est nécessaire. Les mouvements d'expression sont toujours la traduction extérieure d'états d'âme. Lorsque

leur centre n'est pas soumis à une inhibition supérieure — c'est le cas chez beaucoup de vieillards dont les fibres d'association commencent à s'atrophier — ils éclatent d'une façon irrésistible et deviennent le reflet automatique de la pensée.

L'expression de la physionomie, chez un sénile est donc l'image exacte de son état affectif. Or, en dehors des secousses spasmodiques, l'aspect de ces malades est bien spécial. On connaît cet allongement apparent du visage, ces rides du front, cette peau flasque, ces lèvres ces soureils tombants qui impriment à certains vieillards un masque de tristesse caractéristique. Si nous comparons ce facies à celui du mélancolique nous trouvons une ressemblance frappante : ce sont les mêmes traits, c'est le même air pleurard. Une lésion organique circonscrite a donc produit ici un état dépressif.

De plus, des phénomènes mélancoliques manifestes ne surviennent-ils pas chez des individus, souvent jeunes il est vrai, mais présentant tous les attributs d'une sénilité prématurée : les paralytiques généraux ou les alcooliques chroniques ? Les lésions de l'encéphale sont ici diffuses et se traduisent par des réactions psychiques diverses au nombre desquelles figure un véritable délire mélancolique, avec idées hypocondriaques, de culpabilité, de ruine, de suicide, etc... Les cas décrits par M. Mairét sous le nom de démence mélancolique rentrent dans cette catégorie. L'abondance et la netteté des signes physiques, la présence d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel imposent le diagnostic de mélancolie organique.

Les lésions sont parfois moins nettes. Il s'agit le plus

souvent d'artério-sclérose : le malade a eu quelques symptômes d'aortite, de la douleur pécordiale, des vertiges, il se plaint de céphalées persistantes, de fourmillements, a parfois des vomissements, des œdèmes fugaces... Devenir-il mélancolique, on ne songe aussitôt qu'à la psychose : la prédisposition l'explique et l'on trouve de multiples causes occasionnelles dans les chagrins ou la misère si fréquents au déclin de la vie. Sans doute ce sont là des considérations très dignes d'intérêt et ces mélancolies *ab miseria*, selon l'expression de M. Vallon, sont communes ; mais ne faut-il pas tenir compte surtout de la misère physiologique, de ces méiopragies fonctionnelles qui doivent fortement retentir sur le cortex ? elles ajoutent à la psychasthénie un léger appoint de confusion qui, joint aux signes physiques, lui imprime une allure un peu spéciale. Ce sont là des faits mixtes, des termes de passage entre la mélancolie organique et la psychose présénile, qui nous permettent de saisir la relation qui unit ces phénomènes en apparence très distincts. A l'appui de cette idée nous donnerons l'observation de Mme I où dominant l'angoisse, la désorientation, de vagues idées mystiques et une série de troubles physiques tels qu'ils font songer à une localisation possible dans l'hémisphère droit.

OBS. VI. — Mme I... Désirée, 60 ans, entrée le 21 janvier 1900.

Le père de la malade est mort paralysé. La mère avait un goître énorme. La grand'mère maternelle avait des idées de persécution, est morte à l'asile de Saint-Yon, 2 frères auraient eu des congestions cérébrales.

Elle-même a toujours été nerveuse et aurait eu quelques accès hystérieformes vers l'âge de 25 ans. Dyspepsie ancienne. Céphalalgies fréquentes, particulièrement intenses depuis 5 ans. Arthritique, rhumatisante. A eu parfois de l'œdème malléolaire.

Il y a une dizaine d'années a eu une première attaque de congestion cérébrale avec perte de connaissance, sans paralysie; délire pendant 2 ou 3 jours, ne conserve pas le souvenir de sa maladie.

Il y a 2 ans, après la mort de son père état mélancolique qui s'est prolongé jusqu'à ces derniers temps.

Le 17 janvier 1899. — Perte de connaissance, légers mouvements convulsifs, sans paralysie des membres ni de la face; le surlendemain difficulté dans l'articulation des mots, de courte durée. C'est aussitôt après cette attaque qu'elle devient incohérente, a des idées mystiques, des tendances au suicide, refuse de s'alimenter. On la conduit à la maison de santé le 22 janvier 1899: elle est anxieuse, assez confuse, parlant de vérité, de charité, de vertus théologiques, de mission divine. La nuit elle se frappe la tête contre les murs; s'agenouille les bras en croix, a la vision du Christ en croix, les jambes cassées. Refus d'aliments, résistance à tous les mouvements, répétition monotone des mêmes phrases. Cet état s'améliore rapidement; la malade sort guérie au bout de quinze jours.

Vers le 25 décembre 1899 se plaint de maux de tête violents, a des bourdonnements d'oreille, de l'embarras de la parole. En même temps son état mental s'altère de nouveau et le 21 janvier 1900 on la ramène à Ville-Evrard. Elle est très anxieuse, ne peut répondre aux questions, disant qu'elle

ne peut pas raisonner, qu'il lui est impossible de rassembler ses idées, ne reste pas en place, gémit, se met à genoux. A travers son incohérence percent quelques idées mystiques : elle a deux natures, l'une divine, l'autre humaine. Elle a des sortes d'extase qui durent 20 minutes, des moments de confusion, d'arrêt de la pensée pendant quelques minutes.

Le 23 janvier. — Elle voit dans la nuit la Sainte Vierge vêtue de blanc avec son fils dans les bras. Elle manifeste de l'inquiétude au sujet de son mari et de son fils, demande constamment : où sont-ils, je veux les voir, supplie à genoux qu'on la laisse sortir, se tord les mains, gémit, casse deux carreaux, menace d'avalier un morceau de verre. Cette anxiété se prolonge plusieurs jours, elle est constamment en prières, lorsqu'on lui cause ne répond pas, marche à grands pas, court à la porte pour s'échapper puis éclate en gémissements, criant constamment : « Je veux sortir. » Elle s'imagine que son fils et son mari sont ici, elle demande à les voir. Insomnie.

Du 10 février au 12 mars. — Son état s'améliore, son inquiétude disparaît ; mais elle ne peut donner de renseignements sur la période qu'elle vient de traverser.

Le 12 février. — Elle redevient inquiète, présentant les mêmes phénomènes qu'au début, répétant la même phrase stéréotypée : « je veux sortir ». Refus d'aliments.

Son angoisse se prolonge jusqu'au 1^{er} avril, puis se calme peu à peu.

Le 6 avril. — C'est en souriant qu'elle demande si elle ne sera pas bientôt guérie. Sortie améliorée le 30 avril 1900.

Les symptômes physiques de cette malade sont particulièrement importants : Nous avons signalé ses ictus succes-

sifs. Elle en a conservé l'effacement du pli naso-génien gauche, la déviation de la langue du même côté. Elle éprouve aussi une série de troubles subjectifs soit localisés soit plus intenses du côté gauche : elle sent sa langue gonflée de ce côté ; elle a des fourmillements dans le bras gauche, de l'engourdissement des doigts de la main gauche. Son oreille gauche entend des chuchottements, et elle ressent des picotements au pavillon de cette même oreille. Enfin sa céphalalgie est limitée à la moitié gauche de la face. L'examen de la sensibilité général ne révèle rien d'anormal de ce côté. Ses réflexes tendineux sont également normaux. La pupille réagit bien à la lumière et à l'accommodation. Le sens du goût est manifestement troublé à gauche ; tandis qu'à droite l'acide chlorhydrique, le sirop simple, le chlorure de sodium, la teinture de gentiane sont reconnus, à gauche elle reconnaît d'abord le sucre puis trouve tout amer. L'olfaction est complètement abolie des deux côtés, elle aspire fortement sans les sentir le camphre et l'assa foetida, (elle prétend que cette abolition de l'odorat est due à des coryzas répétés qu'elle eût en 1870). Ajoutons enfin que cette malade présente une véritable éruption de papillomes de la grosseur d'un pois, dans le domaine du plexus cervical superficiel des deux côtés, mais plus marqués à gauche.

L'Involution sénile. Pathogénie et signes organiques de la mélancolie. — Tous les auteurs qui ont étudié les psychoses de la vieillesse, signalent la fréquence de la mélancolie. Sur 81 cas de folie sénile, Fürstner l'a constatée 54 fois.

Pour expliquer ce fait, on invoque habituellement la

psychologie du vieillard : ses altérations de la mémoire de l'association des idées, de l'attention, sa diminution de l'affectivité, sa tendance égocentrique ; mais cet état mental est lui-même fonction des modifications organiques. La vieillesse se marque par une déchéance générale de tous les éléments cellulaires ; cette dégradation finale est précédée d'une assez longue période durant laquelle les mouvements de nutrition perdent de leur intensité. La mélancolie présénile n'est, à notre sens, que « le reflet psychique de ce ralentissement de la vitalité ». Nous sommes ainsi conduits à étudier sommairement les principaux phénomènes de l'involution sénile (1).

Cette involution sénile est due à l'insuffisance de l'assimilation et de la désassimilation dont la conséquence est la dégénérescence des éléments nobles et l'accroissement du tissu conjonctif.

De ces phénomènes, les plus intéressants, à notre point de vue, sont ceux qui se passent du côté de l'appareil génital. Ces transformations sont les premières en date, et se traduisent par des signes externes facilement appréciables. Chez l'homme c'est la flaccidité de la verge, la pigmentation des bourses, la disparition graduelle des poils du pubis ; les terminaisons nerveuses des corpuscules génitaux s'altèrent et finalement s'atrophient, les testicules diminuent de poids et de volume ; les tubes séminifères sont étouffés par la prolifération du tissu conjonctif, les spermatozoïdes sont moins nombreux et moins

1. Voir l'article du Dr Le Noir. *Traité de Pathologie générale*, Bouchard, tome III.

mobiles. Aussi les désirs s'éteignent ou du moins l'érection devient rare ou incomplète.

Chez la femme les grandes lèvres sont flasques, la vulve prend une teinte violacée, le vagin se sclérose, les seins se ratatinent. Les ovaires sont atrophiés, les follicules de Graaf disparaissent peu à peu, tandis que la zone centrale s'hypertrophie, les trompes s'oblitérent, la matrice diminue de volume, devient globuleuse.

Des modifications analogues se montrent dans tous les tissus de l'économie.

Les cellules de la substance grise cérébro-médullaire s'atrophient. Les éléments chromatophiles se réduisent de grosseur, se transforment en fine poussière. Dans le cytoplasma apparaissent des granulations pigmentaires, qui sont, d'après Marinesco, la substance d'involution par excellence. La névrogie se développe. Les capillaires du cerveau s'infiltrent de granulations graisseuses, il se crée parfois de petits foyers de ramollissement.

Dans le système circulatoire c'est une sclérose diffuse plus ou moins accentuée. et en même temps une diminution de l'hématopoïèse. La calcification des conduits aériens, l'ossification des cartilages costaux, l'atrophie musculaire ralentissent la ventilation pulmonaire et les échanges nutritifs. La chute des dents, l'anémie de la muqueuse stomacale, l'atrophie des villosités et des fibres musculaires intestinales, la sclérose du pancréas et du foie rendent les digestions lentes et pénibles. Glomérules et tubes contournés du rein sont étouffés par la prolifération du tissu conjonctif ; le taux de l'urée et de l'acide phosphorique sont abaissés. L'ostéoporose commence ; les muscles

sont moins élastiques ; la peau se couvre de rides, devient sèche, rugueuse et flaccide, le cheveux se décolorent et tombent. Le cristallin perd de sa transparence, le tympan se sclérose. La sensibilité générale est émusée (affaiblissement du réflexe cutané abdominal) ; l'acuité visuelle et auditive sont diminuées. Enfin la température périphérique s'abaisse notablement, le température centrale demeurant normale.

Quelle date peut-on assigner au début de l'insénescence ? Il n'existe point chez l'homme de signe capable de nous renseigner sur ce point, et d'ailleurs la sénilité varie considérablement selon les individus. Chez la femme au contraire ces processus d'involution s'extériorisent en quelque sorte par la ménopause. La disparition des règles, l'extinction de la vie génitale et peut être l'abolition d'une sécrétion interne s'accompagnent en effet de troubles de la nutrition remarquables : l'embonpoint augmente, les traits s'accroissent, s'épaississent, les lèvres, le menton se garnissent de poils, la voix devient plus grave. Une modification profonde de la cénesthésie résulte de cette suppression de la fonction de reproduction ; c'est une sensation d'amointrissement intense.

Les rapports de la mélancolie et de la ménopause ont été signalés bien des fois. Les Dr Goodall et Craig dans des recherches statistiques sur la folie de la période climatérique ont trouvé 65, 9 p. 100 de mélancolie. Pour Esquirol la ménopause serait 65 fois la cause de la mélancolie sur 482 cas, et selon Morel : « le caractère de mélancolie avec prédominance d'idées de persécution se fait particulièrement remarquer dans les circonstances où la

période critique agit d'une manière funeste sur l'intelligence et les sentiments de la femme. » N'a-t-on pas observé de plus que l'ovariotomie, cette sorte de ménopause prématurée, et même l'insuffisance ovarienne résultant de maladies utérines diverses, s'accompagnent d'asthénie neuromusculaire pouvant arriver jusqu'à la dépression douloureuse. Seulement après la ménopause la réaction psychique plus lente se traduit par la mélancolie, après l'ovariotomie la réaction brusque produit plutôt la confusion.

Comment la mélancolie est-elle fonction de la déchéance organique ? On admet, depuis les recherches de Wer-
nicke, que dans les territoires de projection de l'écorce sont représentés tous les organes, appareils et tissus du corps ; les changements que subissent ces derniers retiennent dans le manteau cortical sous forme de perceptions ou d'images, et il en est ainsi des phénomènes d'involution sénile. « Quand tous les nerfs sensitifs venus des muscles, des tendons, des articulations, des aponévroses, des parois viscérales, des vaisseaux, des glandes viennent apporter uniformément au cerveau la sensation d'amoindrissement, de déchéance, les idées correspondantes s'organisent... Au bout d'un certain temps, l'esprit ne peut plus concevoir que des choses de même sens : il interprète tout en harmonie avec ce cran de misère, de tristesse où le voilà fixé ». (Maurice de Fleury). Le vague sentiment de bien être qui, chez l'adulte, résulte du bon fonctionnement des éléments anatomiques subit donc une atteinte profonde et se transforme en un état cénesthétique pénible. La mélancolie présénile n'est en résumé que la conscience obscure de la fatigue générale de l'orga-

nisme. Les idées hypocondriaques ont chance de s'installer comme interprétations de ces changements, de même les idées de négation, et parfois le dédoublement de la personnalité expliquera la cénesthésie nouvelle.

L'anatomie pathologique de la mélancolie est encore trop mal connue pour apporter une preuve péremptoire à cette théorie. Cependant si l'on compare le poids du cerveau des mélancoliques à celui de malades atteints de lésions organiques ou de psychoses fonctionnelles, on voit la mélancolie établir, en quelque sorte, une transition entre ces états : le poids de l'encéphale est légèrement diminué. C'est ce que prouve une statistique faite à l'asile de Zurich par Arnold Brehm (1) ; la moyenne a été établie sur 607 autopsies, de 1879 à 1896, et comprend 55 cas de mélancolie (adultes, 15 hommes et 40 femmes).

	Poids de l'encéphale		Poids du liquide céphalo-rach.		Poids du cerveau ant. (jusqu'au sillon de Rolando)		Poids du cerveau postérieur	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Démence paralytique.	1189	1025	251	214	372	319	541	469
Démence sénile.	1204	1099	243	211	389	360	546	496
Etats organiques.	1230	1045	»	»	»	»	»	»
Paranoïa (2).	1276	1146	»	»	»	»	»	»
Mélancolie.	1330	1172	134	113	431	374	605	530
Folie épileptique.	1322	1058	135	154	»	»	»	»
Démence secondaire.	1334	1170	»	»	»	»	»	»
Manie.	1341	1213	95	73	447	411	605	558
Confusion hallucinatoire.	1360	1247	90	?	456	380	613	545
Manie aiguë.	1396	1156	113	147	440	374	628	533

Des résultats analogues ont été obtenus par St-John

1. *Allgemeine Zeitsch. Für Psychiatrie*, tome 51, fasc. III, 1897.

2. Ces chiffres, surprenants en apparence s'expliquent par l'âge généralement très avancé auquel succombent ces malades.

Buller à la suite de 1.565 autopsies de cerveau faites à l'asile de Wakefield pendant une période de 11 années : l'atrophie du tissu cérébral existe dans les $\frac{2}{3}$ des cas ; on rencontre assez souvent la diminution de consistance et l'œdème du cerveau. Signalons enfin que, d'après Venturi, chez les aliénés, la diminution du poids de l'encéphale due aux processus d'atrophie involutive trouve un parallèle presque exact dans la diminution du poids des testicules.

La présence d'un élément organique dans la mélancolie présénile est corroborée par l'examen clinique. Nous avons systématiquement étudié chez nos malades l'état des pupilles, la pression artérielle, les réflexes tendineux et la sensibilité.

L'œil des mélancoliques a déjà été l'objet de recherches. Athanassio signale l'abolition du réflexe accommodateur et la persistance du réflexe lumineux, et attribue ce fait à l'aboulie. La mélancolie, envisagée d'après l'opinion de Krœpelin, s'accompagne de troubles beaucoup plus fréquents. Nous les avons rencontrés d'une façon à peu près constante chez nos malades : nous avons observé 8 déformations, 4 abolitions du réflexe lumineux, 4 diminutions, 3 troubles de l'accommodation, 5 inégalités, dont une très inconstante ; une seule de nos malades sur 12 avait ses pupilles normales. Les troubles constatés sont mobiles, sujets à des variations fréquentes. Ces faits s'expliquent, car chez les mélancoliques existe, non point une lésion définitive, mais un *processus* de régression.

Nous avons mesuré, à différentes reprises la pression artérielle radiale à l'aide du sphygmomètre de Chéron.

D'une façon générale, cette pression est diminuée. Voici les résultats obtenus : Mme X... : 11 cm. Hg. — Mme M. : 11. — Mme D... oscille de 12 à 16. — Mme H. : 11 à 13. — M^{me} S. : 13. — M^{me} N. : 12. — M^{me} G. : 10. — Mme E. : 10 (1). — Par comparaison, deux cas de confusion hallucinatoire nous ont donné, l'un 16, l'autre 17. Cet abaissement de la pression coïncide avec l'accélération du pouls, — c'est un fait —, nombre de mélancoliques ont de la tachycardie : de 100 à 120 pulsations en moyenne. Fréquents aussi sont les troubles vaso-moteurs, des alternatives de rougeur et de pâleur à la face, de la cyanose des mains. Nous n'avons point rencontré de dermatographie ; ce phénomène étudié par MM. Féré et Lance, chez les aliénés, a été trouvé dans 33, 33 0/0, mélancoliques, 39, 28 paralytiques, 18, 51 déments, 7, 54 dégénérés.

L'étude des réflexes tendineux ne nous a pas donné de résultats bien appréciables ; nous les avons trouvés parfois diminués, plus souvent vifs ou même exagérés.

La sensibilité est manifestement diminuée ; chez quelques malades existe une hyperesthésie apparente, due en réalité à la crainte que leur inspire le plus léger examen ou le moindre contact.

Ces résultats, quelque imparfaits qu'ils soient, nous permettent de conclure que la mélancolie présénile se caractérise en dehors des troubles mentaux, par des signes physiques de grande valeur. Cette psychose ne nous semble donc pas se résoudre comme la plupart des mélan-

1. On peut admettre que la tension artérielle moyenne est de 12 à 15 cm. Hg. chez l'homme (Viault et Jolyet).

colies de l'adulte en un état affectif ; elle est intimement liée à des manifestations organiques spéciales, et à ce titre elle mérite une place dans la nosographie.

Hâtons-nous d'ajouter que la prédisposition, héréditaire ou acquise, conserve, à notre avis, toute son importance. Elle est le terrain sans lequel l'involution sénile ne ferait pas germer l'état psychopathique ; et c'est elle qui explique pourquoi cette involution n'est pas toujours et fatalement suivie de mélancolie. Il est permis de répéter ici ce qu'a dit M. le professeur Joffroy au sujet des psychoses post-opératoires : « L'activité pathologique de l'esprit n'a chance de se produire que chez les prédisposés ».

Tableau clinique de la mélancolie. — La description de la mélancolie a été faite bien des fois et par des voix plus autorisées que la nôtre. Notre essai serait cependant incomplet si nous ne donnions au moins un schéma des principaux traits de cette affection envisagée comme une psychose liée à une phase de l'évolution physiologique.

Et d'abord à quel âge apparaît-elle ? Nous avons déjà dit qu'elle ne survenait guère avant la ménopause chez la femme. On peut donc affirmer que toute dépression qui se produit avant l'âge de 40 ans au minimum ne relève pas de la mélancolie. Chez l'homme elle surviendra plutôt vers la cinquantaine. Elle s'annonce par une période prodromique souvent assez longue pouvant atteindre plusieurs mois, caractérisée par la céphalée, l'insomnie, l'anorexie, la constipation, des palpitations, un sentiment de lassi-

tude ; l'état cénesthétique en un mot commence à se transformer.

Une fois constituée, elle se traduit au point de vue mental par deux symptômes primordiaux : la dépression et la douleur morale. Mais en même temps les désordres somatiques se précisent ; l'examen physique du malade est de la plus haute importance, puisqu'il permet de retrouver les caractères de l'involution sénile, cause du mal. Voici l'énumération de ces principaux symptômes : Hypotension artérielle ; accélération du pouls ; douleur ou angoisse précordiale. Bouffissure de la face. Cyanose des extrémités. Diminution du nombre et de l'amplitude des mouvements respiratoires, parfois accès de dyspnée. Langue saburrale. Anorexie. Pyrosis. Constipation. Hypertoxicité urinaire. Diminution du tonus musculaire. Tremblement de la langue et des mains. Vertiges. Céphalalgies. Réactions pupillaires paresseuses. Hypoacousie. Anesthésie ou hyperesthésie partielles ou généralisées. Névralgies diverses, périphériques ou viscérales. Amaigrissement. Abaissement de la température. Sécheresse, rides, teinte jaune de la peau. Cheveux secs et cassants, canitie. La dépression douloureuse revêt dans l'habitus extérieur du malade un aspect caractéristique : joues flasques et tombantes, obliquité des sourcils, oméga mélancolique, abaissement des coins de la bouche, physionomie larmoyante, inquiète. Attitude fatiguée, tête inclinée, tronc fléchi.

Tels sont les signes physiques que l'on rencontre rarement réunis il est vrai, dans les divers cas de mélancolie. Au point de vue des réactions psychiques nous diviserons

la mélancolie en trois grandes variétés : 1° la mélancolie simple, 2° la mélancolie délirante, 3° la mélancolie sénile.

I. — *La Mélancolie simple.* — C'est la plus fréquente des variétés, le type de la mélancolie présénile. Le malade ne délire pas; il se contente d'exprimer les sensations provoquées par les processus d'involution. La diminution de vitalité de ses tissus, l'hypotonus artériel et musculaire se reflètent dans la conscience par un sentiment d'impuissance qui peut arriver à l'aboulie: toute activité, loin d'éveiller le plaisir comme autrefois est pénible; d'où l'hésitation dans les mouvements, la lenteur de la parole et quelquefois le mutisme par défaut de synthèse mentale. Les opérations cérébrales sont ralenties, la mémoire, l'association des idées amoindries, les images sensorielles affaiblies, l'idéation difficile, les sentiments affectifs disparus. Ces changements anatomiques et psychologiques sont péniblement ressentis par le malade qui conserve sa lucidité, et produisent une douleur morale plus ou moins vive avec réactions différentes selon l'individu ou les circonstances: dépression simple, anxiété, stupeur, idées de suicide.

OBS. VII. — *Femme de 46 ans. Dépression mélancolique avec conscience. Idées de suicide. Arrêt psychique. Anesthésie psychique. Troubles pupillaires. Durée 3 mois.*

Mme X.. Nelly, 46 ans.

Entrée le 1^{er} avril 1900.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; dans ses collatéraux, un cousin issu de germain a été mélancolique.

Elle-même a toujours été nerveuse. Dans sa jeunesse broncho-pneumonie avec complications cérébrales. Chlorose. Troubles gastriques fréquents.

Mariée à 22 ans; quatre enfants dont deux morts vers l'âge de 10 ans. Etant jeune fille, après la guerre, elle a eu un accès de dépression mélancolique de quelques mois.

A la suite de la mort de son mari survenue peu avant son retour d'âge (elle n'est plus réglée depuis 4 mois) elle se trouve dans une situation difficile, obligée de s'occuper d'affaires qu'elle ignorait jusque-là. Ces soucis ont été l'origine de son état. Effrayée de ses responsabilités, elle se dit qu'elle ne sera pas à la hauteur de sa tâche. La mort de sa belle-mère vient encore augmenter ses craintes, son incertitude, et provoquer de l'angoisse. Elle parle de se poignarder, dès le mois d'octobre. Puis elle a une vraie bouffée d'idées de suicide : elle avale du pétrole, du laudanum, de l'essence minérale; elle essaye d'utiliser des rubans et des cordes pour s'étrangler; elle enfonce ses doigts, son tire-bouton dans la bouche, elle cherche à mettre le feu à ses robes.

A son entrée, elle présente de la dépression simple qui augmente par intervalles sans arriver à l'anxiété véritable. La peau est sèche, les cheveux presque gris. La sensibilité est conservée (à la paume de la main reconnaît l'écartement de l'esthésiomètre à 1 mm. 5). Les réflexes patellaires sont vifs. Le réflexe lumineux est presque aboli, la pupille réagit au contraire bien à l'accommodation. La pupille gauche est très déformée, polygonale. Pas de dyschromatopsie. Les saveurs sucrée, salée, acide, amère sont reconnues. L'odorat est presque aboli; elle ne reconnaît, ni l'assa-fœtida, ni le

camp'hre, ni l'éther. Elle prétend avoir des céphalées intenses, de l'engourdissement des jambes. Rien au poulmon ni au cœur, poul dépressible (80 pulsations). Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Elle n'a point d'illées de culpabilité ou d'indignité ; quelques vagues illées de ruine. Ce qui domine la scène chez elle, c'est une sensation d'arrêt psychique qu'elle analyse assez bien : « Je n'ai jamais d'illée claire, dit elle... je me fatigue à chercher mes idées. Je voudrais comprendre et cela m'est impossible... » Je n'arrive pas à m'exprimer comme je voudrais. Ma mémoire a disparu. Tous mes souvenirs me semblent lointains. On me dit que j'ai perdu mon mari l'an dernier, je m'en souviens à peine... Tout ce que je pense est à l'état vague... je vis constamment comme dans un rêve... j'agis comme une mécanique, sans me rendre compte. » Cet arrêt psychique s'accompagne d'une anesthésie morale dont la malade a parfaitement conscience : « Je n'ai pas de chagrin, pas de peine, dit-elle, je n'éprouve rien. Je ne sens ni joie, ni tristesse. Tous ces mots, je les prononce, mais je ne les comprends plus. C'est le vide dans mon cerveau. Je ne me rends même pas compte de ce que sont mes enfants : on dit qu'on aime ses enfants, moi je n'éprouve aucun sentiment pour eux. Je ne comprends plus rien aux sentiments naturels ». La conscience de cet état lui est très pénible : « C'est effrayant de ne plus être comme personne, de ne rien comprendre de ce qui se passe autour de vous ». Elle trouve cette maladie tellement extraordinaire, qu'elle est convaincue de son incurabilité. Jamais elle ne se guérira ; c'est absolument impossible : « Si vous étiez humain, ajoute-t-elle, vous me donneriez quelque chose pour en finir... Je n'ai

plus qu'un désir : être débarrassée de tout, de moi sur'tout ». Ses idées ne déterminent pas cependant une anxiété bien grande. Elle parle à voix basse, s'arrêtant à chaque mot, s'impatiant un peu de ne pouvoir exprimer ses impressions. Parfois elle soupire doucement : « Mon Dieu ! mon Dieu ?... quand finira mon supplice... suis-je malheureuse ! » Elle gémit, se lève, verse quelques larmes. A certains moments, elle prétend avoir eu des sortes d'accès avec la sensation de perdre complètement la tête, mais elle n'a jamais éprouvé d'angoisse précordiale. Pas d'hallucinations. Insomnie.

Cet état demeure à peu près identique dans la première semaine. Cependant le surlendemain de son arrivée, elle manifeste quelques désirs : voudrait se promener dans le parc, demande un livre de lecture ; mais elle ajoute aussitôt, qu'elle dit tout cela machinalement, car tout lui est indifférent.

Traitement. — Repos au lit, doses progressives d'extrait thébaïque, bains, douches.

Le 4 avril. — Surviennent quelques craintes au sujet de son avenir : elle a déjà perdu sa fortune, son séjour ici va augmenter sa misère. Présente des réactions motrices : frappe son infirmière, et se frappe elle-même. Demande sans cesse à ne pas manger, car elle veut mourir. Elle se nourrit cependant très abondamment sans trop de résistance. Le séjour au lit est également bien accepté.

Le 10 avril. — Elle écrit : « Quel singulier état est le mien et comment peut-on vivre ainsi, c'est effrayant, quel vide, quel oubli de tout, tout me paraît impossible, je ne comprend rien ni personne, je vis comme une brute parce que l'on me

fait manger, mais je ne sais rien comme personne, ne m souviens de presque rien, je ne vais que comme une machine, je n'ai pas d'idée comme on le suppose, et ne suis comme personne, ce qui m'irrite un peu, il ne me semble pas que je sois dans la vie réelle, je ne sais pas ce que c'est que l'affection, je ne crois à rien, n'espère en rien ». Sa dépression est beaucoup plus accentuée le matin; dans la soirée son état est moins pénible.

12 avril. — Le sommeil est meilleur : mais elle dit avoir des rêves désagréables qui la tourmentent au réveil. Myosis dû sans doute à l'extrait thébaïque qu'elle prend (0, 40 centigrammes).

13 avril. — Sous l'influence d'une potion cordiale (40 gr. de rhum) elle a été moins apathique, a causé et ri, puis s'est endormie d'un bon sommeil.

18 avril. — Elle dit éprouver toujours une sensation de vide, et en même temps un malaise intérieur, une oppression.

20 avril. — Amélioration très manifeste; le soir elle cause très longuement avec nous, et semble avoir même une tendance à la logorrhée.

23 avril. — Vomissements, diarrhée légère. Elle est tout engourdie le matin, parle lentement en poussant des inspirations profondes. Elle prenait 8 pilules d'extrait thébaïque de 0,05 centigrammes, on diminue d'une pilule chaque jour.

25 avril. — Son engourdissement persiste elle se plaint de douleurs dans les jambes, est prise d'un tremblement généralisé mais plus violent à la mâchoire et aux membres supérieurs. Son myosis est moindre, ses pupilles sont paresseuses.

2 mai. — Elle conserve toujours ses mêmes idées, mais

cause maintenant de ses maux en souriant; la parole est redevenue facile et abondante. Inégalité pupillaire le matin, ayant disparu le soir.

14 mai. — Encore un peu de dépression. Inégalité pupillaire au profit de la droite, réflexe lumineux normal.

15 juin. — La maladie peut être considérée comme guérie.

OBS. XIII. — *Femme de 67 ans. Dépression mélancolique à la ménopause. Depuis trois ans mélancolie avec vagues idées de persécutions. Amélioration.*

Mme H..., Lise, 67 ans, entrée le 26 juin 1899.

Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels.

Au moment de la ménopause à 51 ans, elle a eu, dit-elle des idées noires. Depuis trois ans, date de la mort de son mari, elle est triste et pleure souvent. Chez elle on lui faisait des misères, on lui disait des sottises, surtout la nuit. Elle n'avait plus de volonté, ne pouvait s'occuper de ménage, ne mangeait ni dormait.

Elle n'a plus, dit-elle, d'affections pour ses enfants, elle n'aime personne.

A la plupart des questions qu'on lui pose, elle répond par des négations systématiques. Il existe un peu de désorientation; ainsi, le 8 août, elle croit être dans sa maison. Sa physionomie dénote toujours l'affliction, sa parole est lente et monotone. Elle dit se trouver bien ici, refuse la sortie qu'on lui propose. En dehors de quelques rares bouffées d'idées de persécution elle ne présente aucune manifestation délirante. C'est uniquement de l'asthénie psychomotrice.

Cette dépression est greffée sur un état organique très ap-

préciable. Elle est habituellement constipée, a des bouffées de chaleur après le repas. Pupilles paresseuses et inégales. Diminution de la sensibilité. Réflexes tendineux normaux, Artéro-sclérose. Pouls dicrote, vibrant 80 pulsations. Présente de temps en temps des étourdissements, sans perte complète de connaissance. Etat ichthyosique de la peau; la face est ridée, le menton couvert de poils. Déformations de rhumatisme chronique aux doigts.

OBS. IX (1).— *Homme de 49 ans, glycosurique. Psychasthénie. Tentative de suicide. Idées d'auto-culpabilité et de ruine. Préoccupations hypocondriaques justifiées. Amélioration rapide.*

M. M... Auguste, 49 ans, fonctionnaire. Entré le 20 avril 1900; sans antécédents héréditaires ni personnels.

L'an dernier, ce malade fonctionnaire aux environs de Paris est envoyé dans un village isolé de l'Auvergne où il se trouve sans aucune distraction, avec de grosses responsabilités et beaucoup de travail. Peu au courant de son nouveau service il commet quelques erreurs qui occasionnent des observations de ses supérieurs; c'est alors que les troubles mentaux firent leur apparition. C'était d'abord un sentiment d'impuissance, de faiblesse générale, d'impossibilité de fixer son attention, ce qui l'empêchait de comprendre son nouveau travail; la mémoire baissait, il oubliait, s'il ne prenait note, les choses les plus importantes. Désespéré d'assister ainsi à l'affaiblissement de son intelligence et préoccupé par des sensations de malaise général, il tente de se suicider d'un coup de revolver (février 1900). A la suite de cette ten-

1. Due à l'obligeance de notre collègue et ami le Dr Mignot.

tative il essaie de se remettre au travail mais sans plus de succès, enfin il entre à Ville-Evrard.

Il s'agit d'un homme intelligent qui par son travail est arrivé à se créer une situation honorable, mais qui a reçu peu d'instruction. Au moment où nous l'examinons l'attention est difficile à éveiller et à soutenir le malade est comme plongé dans un état de torpeur cérébrale dont il a conscience; ce défaut d'attention entraîne des troubles de la mémoire: les dates, les faits ne peuvent être précisés. Les réactions émotionnelles sont très affaiblies, le malade parle de sa tentative de suicide d'un ton monotone et paraît envisager avec indifférence les conséquences qu'elle pouvait avoir pour lui et sa famille. Néanmoins il existe des idées de culpabilité il est cause que son service est complètement désorganisé, il y a des erreurs colossales, sa famille est à tout jamais ruinée. Tout est fini pour lui, il n'a plus qu'à mourir. D'ailleurs il est malade, son organ's ne ne fonctionne plus, il n'éprouve plus les sensations de faim et de soif, sa langue est sèche et il a une constipation tenace.

L'examen somatique du malade nous montre que ses plaintes ne sont pas imaginaires et l'examen des urines décèle 8 grammes de sucre par jour. Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Réflexes rotuliens abol's. Pupilles égales de 3 mm. 1/2, déformées, réagissant mal à la lumière et à l'accommodation. Rien au cœur, poul's 80. Emphysème-pulmonaire. Du côté du tube digestif polydipsie, langue sèche, odeur acétonique, foie sensible, constipation. Le malade ne dort pas. L'état général est mauvais ; Obésité.

Les jours suivants l'état de dépression mélancolique con-

inue avec prédominance d'idée de culpabilité et interprétations hypocondriaques.

Le 3 mai. — Les idées mélancoliques et de suicide ont en apparence disparu, le malade cause volontiers, donne des explications sur son état mental antérieur ; actuellement il reprend courage, désire guérir pour se remettre au travail. Les pupilles égales et déformées, ne réagissent pas à la lumière et peu à l'accommodation ; il y a toujours du sucre dans l'urine.

Le 5 mai. — L'amélioration va en progressant, l'attention est bonne, la mémoire revient, les idées de culpabilité ont disparu, mais le malade se sent encore incapable de tout travail. La réaction des pupilles à la lumière est presque nulle.

Le 22 mai. — on cesse toute médication, le malade paraît être revenu complètement à son état normal, il accepte volontiers de rester encore ici. Toujours du sucre.

Le 8 juin. — L'amélioration persiste mais le sucre a augmenté (80 grammes), et il ya toujours quelques troubles pupillaires, les pupilles réagissant faiblement à la lumière et très peu à l'accommodation.

II. — *La Mélancolie délirante.* — Lorsque l'insénescence se développe sur un terrain vésanique fertile, le malade ne se contente plus de manifester sous forme d'asthénie psychique simple sa déchéance organique, il est porté à chercher soit en lui-même, soit en dehors de lui une explication à ces phénomènes douloureusement ressentis, et les idées délirantes naissent dans son esprit. Le plus souvent ce sont les préoccupations hypocondriaques : la crainte des maladies, le soupçon d'une malforma-

tion physique sont logiquement éveillés par le nouvel état cénesthétique, et la chronicité fatale de ces lésions d'atrophie et de dégénérescence conduit à la certitude de l'incurabilité. Cette mélancolie hypocondriaque s'observe très souvent et sert de transition entre la mélancolie simple et la mélancolie délirante proprement dite. Elle revêt en général la forme anxieuse.

OBS. X. — *Femme de 55 ans. Une sœur mélancolique. Tempérament irritable. Préoccupations hypocondriaques provoquant de l'anxiété, au sujet de son cœur, de son poumon. Crainte de devenir folle.*

Mme E... Clémentine, 55 ans, entrée le 25 mai 1900.

Une sœur de père est restée 6 mois à Saint-Anne pour mélancolie anxieuse.

Elle a toujours eu une santé chancelante. Réglée à 14 ans. Ménopause à 45 ans.

Toute sa vie elle a été irritable et timorée, très préoccupée de sa fausse situation craignant l'abandon de son amant. Tendances hypocondriaques, lisait des livres de médecine, craint d'avoir une maladie de cœur.

Début de la maladie actuelle, il y a trois mois en Algérie. A la suite de la mort d'un ami elle ne cesse de pleurer. Elle a une laryngite, se croit aussitôt perdue. Elle ne mange plus, ne boit plus, maigrit et s'effraye beaucoup de cet amaigrissement : elle mesure tous les jours ses bras et ses jambes, trouve que ses selles ont une odeur épouvantable. En même temps sa volonté s'en va, elle n'a pas la force de penser, ne peut même pas donner un ordre aux domestiques, elle n'a

plus de goût pour rien, ni musique, ni distractions, tout l'agace. A cependant conservé les sentiments affectifs.

A son arrivée elle est très anxieuse, parle en sanglotant et tordant ses mains.

« Elle ne guérira jamais, elle va mourir. Sa figure est hideuse, c'est la figure d'une morte, ses yeux sont hagards, elle n'ose plus se regarder dans une glace. Son corps se vide, elle a les intestins ulcérés, elle rend son estomac. Son cœur ne tient qu'à un fil, un petit choc suffirait à le briser ». Son anxiété est extrême surtout le matin et s'accompagne d'une angoisse précordiale intense.

Examen somatique. — Rien au cœur, ni au poulmon. Mauvais état gastrique : langue saburrale, ballonnement après les repas, constipation habituelle. Pouls 112 dépressible, pression artérielle 14. Inégalité pupillaire au profit de la gauche, réflexe lumineux diminué. Réflexes tendineux normaux. Sensibilité normale.

31 mai. — Ses préoccupations hypocondriaques se sont transformées : « Les idées, dit-elle, deviennent moins claires, elle sent qu'elle perd la tête, elle va devenir tout à fait folle ». L'anxiété est cependant moindre.

4 juin. — Nouvelle crise d'angoisse et de pleurs. « C'est sa dernière journée, elle va avoir une agonie terrible ».

20 juin. — L'anxiété ne reparait plus même le matin qu'à rares intervalles. Elle conserve toujours ses craintes de folie, d'incurabilité. Se demande d'ailleurs ce qu'elle deviendrait, si elle guérissait.

OBS. XI. — *Femme de 49 ans. Anxiété extrême, angoisse. Tentatives de suicide. Panophobie. Délire d'attente.*

Mme H..., Euphrosine, 49 ans, entrée le 15 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur très nerveuse. Un frère mort à 25 ans de congestion cérébrale l'ayant rendu comme idiot pendant 4 mois ? Elle-même a eu la fièvre typhoïde à 20 ans; est sujette aux migraines surtout au moment de ses règles. A trois enfants bien portants. Touche à la ménopause : elle est restée 5 mois sans être réglée ; elle a eu dernièrement un écoulement menstruel de 15 jours.

A toujours été très nerveuse, entrant pour un rien dans de vives colères.

Depuis deux ans, à la suite d'une maladie grave de son mari, elle s'est un peu déprimée sans cesse préoccupée, ne voulant pas convenir du complet rétablissement de son mari, craignant sans cesse une rechute.

En février 1900. — Bronchite aiguë qui dure 3 semaines. Elle devient triste, est prise d'un ennui insurmontable, n'a plus de volonté, ne s'occupe ni de son ménage, ni de ses enfants, est agacée d'un rien, voudrait sans cesse changer d'habitation et ne se trouve bien nulle part. Insomnie. Refus d'aliments, amaigrissement. Il y a six semaines, idées de suicides continuels ; parle de se noyer, de s'empoisonner. Le 11 juin elle se précipite par une fenêtre du 3^e étage dans la cour de la maison, se fait une fracture des deux dernières côtes gauches et de nombreuses contusions.

A son arrivée, ce sont des gémissements continuels : « Mon Dieu, que va-t-on me faire, où va-t-on me mettre... c'est-i

malheureux de souffrir ainsi ». Elle souffre partout, elle est perdue, elle ne peut pas guérir, elle va devenir folle. Elle est effrayée du moindre geste, et pousse des cris de terreur à la vue d'une lumière approchée de ses yeux. Son anxiété diminue le soir, bien que ses préoccupations hypocondriaques persistent. « Il y a quelque chose qui n'est pas naturel, son sang est empoisonné, elle répète sans cesse qu'elle ne peut pas guérir ». Emotivité exagérée : toutes ses compagnes lui font de la peine.

Pas d'idées délirantes de culpabilité, de ruine ou de persécution.

Tachycardie (120). Examen des pupilles et des réflexes impossibles.

Les jours suivants son angoisse augmentée, elle crie sans cesse, se débat, veut sauter hors de son lit pour en finir avec ses souffrances. Et ce qui l'attend est pire que ce qu'elle éprouve, on va la mettre dans une maison où on la fera manger de force avec un tube, on la ligottera. Se figure qu'on met quelque chose dans sa boisson ; on lui envoie de l'électricité pour la faire agir. Elle devient plus calme dans l'après-midi, tout en conservant ses mêmes craintes.

En même temps que ces idées hypocondriaques ou en dehors d'elles, surgit un délire plus riche. Les mélancoliques cherchent une explication à leur modification d'humeur et la trouvent souvent dans leur vie passée : c'est un scrupule, un remords, une auto-accusation. Tantôt ils restent dans les généralités : ils sont inutiles ou nuisibles... tantôt ils précisent, citent des actes délictueux. D'autres attribuent leur dégradation organique à des persécutions

contre lesquelles ils ne réagissent point, qu'ils trouvent méritées; ils s'attendent à des maux pires encore. Des idées d'humilité, de ruine se montrent. Rarement surviennent des hallucinations, les seules assez fréquentes sont les hallucinations psycho-motrices.

OBS. XII. — *Femme de 62 ans. Dépression extrême; arrêt psycho-moteur. Anesthésie psychique. Idées d'indignité. Idées hypocondriques, tendance aux idées de négation. Idées de persécution.*

Mlle D... Malvina, 62 ans, entrée le 13 avril 1900.

Le père est mort phtisique, la mère a succombé à un cancer de l'estomac.

Elle a eu la scarlatine à 6 ans et a présenté à 32 ans, des troubles dyspeptiques, vomissements fréquents après les repas.

Elle a mené une existence un peu irrégulière, a eu quatre enfants, dont un mort en bas âge. Cette situation l'a toujours un peu chagrinée, elle était très timorée, scrupuleuse, avait des tendances mélancoliques, mais jamais un seul accès. Ménopause à 47 ans.

Au mois de décembre 1899, à la suite de revers de fortune, elle devient sombre, tout l'agace, elle ne veut même pas entendre parler, cherche la solitude. Vers la mi-janvier, elle refuse de manger, désirant la mort, a des idées d'indignité et d'auto-culpabilité. Elle entre le 11 février à la maison de santé du Dr Pottier, où son état physique s'améliore, mais ses troubles psychiques augmentent.

A son arrivée dans le service, le 13 avril, elle est très déprimée, parlant à voix basse, par mots entrecoupés, elle s'a-

vance péniblement, pousse quelques gémissements. Sa figure est ridée, ses cheveux grisonnants. Elle se plaint d'avoir perdu son intelligence ; sa mémoire est remplie de lacunes, elle n'a plus la notion du temps. Ses sentiments affectifs ont disparu : « elle qui aimait tant ses enfants, n'y songe même plus. Tout d'ailleurs lui est indifférent. Elle est envahie par une lassitude générale de plus en plus forte. Ses idées d'indignité sont intenses : elle n'a jamais vécu dans le droit chemin, elle est un être méprisable. On lui demande si elle se croit coupable ; elle s'écrie aussitôt : « De quoi m'accuse-t-on ? il y a des choses dont on s'absout à tort, on est trop large pour soi ». Elle a en même temps un délire hypochondriaque très net : Rien ne fonctionne dans son corps, elle est gâteuse (inexact) elle n'a plus d'odorat ; elle entend à peine ; toutes ses sensations s'amoindrissent ; elle n'éprouve jamais ni faim ni soif. Tout son corps lui semble mort. Elle a la gorge brûlée ; aussi les aliments ne peuvent passer. (On a beaucoup de peine à la nourrir). Son corps est une pourriture complète ; elle dégage une odeur infecte qui va contaminer tout le monde ; elle a déjà entendu tousser plusieurs personnes, c'est son odeur qui les rend malades ; on devrait la mettre toute seule dans un cabanon, pour qu'elle soit dans l'impossibilité de nuire. Quelques idées de ruine, peu précises, s'ajoutent à ce délire. Elle n'a point fait de tentative de suicide ; c'est, estime-t-elle, la juste expiation de ses fautes qu'elle subit ; mais si elle avait un moyen de mort immédiate, elle n'hésiterait pas : se jetterait du haut de la Tour Eiffel.

Elle a des troubles nombreux de la sensibilité générale : amblyopie, bourdonnements dans les oreilles, picotements dans tout le corps. Elle est comme dans du feu, a des tiraillements

dans la peau. La sensibilité est conservée. Pouls 120, dépressible. Urine normale. Insomnie. Le goût et l'odorat sont normaux.

Le 14 avril. — Elle manifeste des idées d'empoisonnement; on met des acides dans ses aliments pour la brûler; son eau de toilette la brûle également.

Le 18 avril. — On l'électrise, elle sent des courants dans tout son corps, des fourmillements, des picotements. L'infirmière de garde la nuit, est là pour l'électriser. « Je suis joliment martyr », dit-elle. On électrise ses serviettes, de sorte que l'eau glisse sur sa peau, mais ne la nettoie pas; la saleté lui sort par tous les pores. Elle accepte tous ces tourments avec résignation, sans même trop gémir. Elle sait bien qu'elle ne guérira jamais.

Le 20 avril. — L'électricité ne fait qu'augmenter; on la pique, on la gonfle, on lui envoie une chaleur épouvantable; tout danse autour d'elle, le plancher craque. Il n'est pas possible d'être plus malade qu'elle, elle est le rebut de la société. Les infirmières font des allusions sur son compte, se moquent d'elle car un malheur se prépare: on devrait bien se débarrasser d'elle sans la faire trop souffrir. Mais elle n'a plus de volonté, elle est même incapable de réagir à ses propres maux. Pouls 100. Réactions pupillaires normales.

22 avril. — Tout son corps est près d'éclater. Pouls 112. Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont très diminués.

25 avril. — Toujours l'électricité; elle n'a plus aucune force, elle est dans un état épouvantable; ses dents sont ébranlées, sa bouche, toute sa peau se resserre. Ses enfants la délaissent. Pouls 116. Réactions pupillaires normales.

27 avril. — Elle a une clairvoyance qui lui fait voir bien des choses : tout ici est organisé pour elle ; tout le monde a un emploi qui la concerne, et chacune de ces personnes l'hypnotise pour lui faire éprouver une sensation ; on lui prédit qu'elle mourra dans des souffrances atroces. Tout cela doit être fait pour la science et non pour un être aussi infime qu'elle. On étudie sur son corps. Son sommeil n'en est pas un, il est causé par l'électricité, elle voit les préparatifs tous les soirs. Son corps n'existe presque plus ; sa ceinture, ses hanches, sont amoindries ; sa mâchoire est resserrée, elle ne peut plus ouvrir la bouche. Ses os grossissent, son ventre tombe, elle se tasse, devient bossue, marche en deux. C'est un état épouvantable. Ses membres lui semblent lourds, ses pieds sont comme collés au parquet.

Obs. XII. — *Femme de 63 ans. Premier accès mélancolique à 57 ans. Idées de persécution avec auto-accusation. Hallucinations de l'ouïe. Disparition de ce délire, persistance d'une dépression profonde.*

Mme U..., Célestine, gouvernante, 68 ans, entrée le 11 août 1898.

Avant sa maladie actuelle, était d'un caractère enjoué, mais scrupuleuse à l'excès. Elle a eu une fièvre typhoïde dans sa jeunesse.

Vers la mi-juillet elle se mit à se plaindre à haute voix que les domestiques étaient ligués contre elles et voulaient la faire partir. Parfois elle ne parlait pas et regardait les gens d'un air soupçonneux. Elle avait peur d'être volée et ne quittait pas son sac où elle enfermait son argent. Les idées de persécution ne font qu'augmenter dans la suite, elle ne

mange plus parce qu'on veut l'empoisonner. Des ouvriers voisins sont des agents de police qui l'attendent pour l'arrêter ou la faire mourir. Délire rétrograde d'auto-accusation : il y a 25 ans on l'a soupçonnée d'avoir mal agi ; on n'a pas tout à fait tort de lui en vouloir. Amaigrissement, traits tirés, gémissements, angoisse extrême par moments.

Il y a 5 ans elle avait eu pendant 15 jours une crise analogue où elle refusait toute nourriture et manifestait continuellement des idées de suicide.

A son arrivée, anxiété considérable. Idées de persécution, on la calomnie, on chuchote sur son passage. Aboulie, se dit dit incapable de réunir ses idées.

Le 31 août. — Légère bouffée d'hallucinations du goût, de l'odorat, de l'ouïe.

A partir du mois de janvier, cesse de manifester des idées de persécution, mais conserve un état de dépression extrême. Quelques vagues idées de négation ; ne sait plus écrire, n'a plus d'amis, voudrait bien être morte, se dit très faible, ses jambes fléchissent sous elle, et cette faiblesse augmente tous les jours, elle est anéantie. « Je ne souhaite plus rien, je n'ai qu'à subir ; je suis résignée ». Gémît de temps en temps, regarde ses mains et dit en soupirant, « ce ne sont plus mes mains ». Elle conserve toujours la même attitude, courbée la tête fléchie, appuyée sur sa main. Parle toujours les yeux baissés, d'une voix plaintive. La sensibilité est conservée, paraît même augmenter, la malade pousse des cris d'effroi plutôt que de douleur chaque fois qu'on la touche. Cette crainte exagérée rend tout examen des pupilles et des réflexes impossible.

OBS. XIV. — *Femme de 62 ans. Aboulie. Idées de ruine. Tentative de suicide. Dyspnée d'angoisse. Délire hypochondriaque : elle a l'intestin détaché de l'anus. Idées de persécution. Troubles organiques manifestes.*

Mme S... Cécile, sans profession, 62 ans, entrée le 22 juin 1898.

Depuis plus d'un an avait de vagues idées de persécution ; se trouvait plus mal vêtue que tout le monde, supposait qu'on se moquait d'elle. Se figurait qu'on la volait, vérifiait constamment son armoire, fouillait sa bonne. De plus, idées de ruine, n'avait pas de robe, pas de chemise, plus rien. Elle répétait sans cesse ces mêmes phrases, se levait dans la nuit pour aller les redire à son mari. En même temps hésitation dans les actes, aboulie ; ne pouvait arriver à acheter un sou d'épingles. Sous l'influence de cet état psychique elle manifeste des idées de suicide : « Suicidons-nous tous les deux, dit-elle à son mari, tous les malheurs nous attendent. » De fait elle essaye de se donner un coup de couteau ; et on la conduit dans le service.

C'est une malade d'aspect sénile, la figure pleine, les traits relâchés, elle a une légère asymétrie faciale, la bouche un peu déviée, le pli naso-génien effacé à gauche. Sa pupille gauche est déformée. Ses réflexes sont normaux. Hypertension. Comme antécédents : son père a été paralysé, une cousine est idiote. Elle-même a eu à 7 ans une fièvre typhoïde. Pouls 70.

A son arrivée : angoisse extrême qui provoque une véritable dyspnée ; elle s'effraye au moindre mouvement, se lève parfois et marche en gémissant, le dos courbé. Elle manifeste des craintes chimériques, nous supplie de ne plus

écrire. Idées de ruine, vagues craintes d'empoisonnement. Cet état se maintient ainsi jusqu'au mois de janvier. Elle est prise alors d'un véritable accès de délire hypocondriaque : elle rend des lambeaux de chair par la bouche, elle n'a plus de gorge ; son estomac est brûlé, elle ne peut plus se tenir sur ses jambes, elle est défigurée ; elle est un monstre. En même temps ses idées de ruine et d'empoisonnement subsistent. Sous l'influence de ces préoccupations elle va toujours geignant, et fait de grandes difficultés pour s'alimenter.

Le 11 novembre. — Elle a un étourdissement qui joint à sa malformation faciale nous permet d'admettre l'intervention d'un facteur organique dans sa psychose. Son état mental demeure à peu près identique avec des périodes anxieuses plus ou moins aiguës. Son délire tend à se stéréotyper :

Son intestin est détaché de l'anus ; aussi elle ne peut digérer ; tout ce qu'on l'oblige à manger se répand dans ses membres et les alourdit : « On m'a crevé l'estomac, dit-elle. On m'a disloqué tout le corps. On m'a brûlé les nerfs visuels, je n'y vois plus. Voyez mon nez, il ne tient plus. On m'a cassé les dents. On m'arrache les chairs. Je n'ai plus de sang. Mes os, ma peau sont desséchés. J'ai une paralysie du cerveau. Je n'ai plus d'expression, plus de mémoire, plus rien. Je suis un animal blessé. On m'a animalisée. » Et ce sont, lorsqu'on l'interroge, toujours les mêmes litanies qu'elle débite d'une voix monotone allant et venant, poussant des gémissements, montrant la peau ridée de ses mains qu'elle tord pour prouver son insensibilité. Elle supplie qu'on fasse venir un chirurgien, qu'on lui ouvre le ventre : « C'est abominable, je vais mourir. »

Elle a parfois des réactions motrices plus intenses, de vrais raptus hypocondriaques. Le 7 avril agitation extraordinaire, cris aigus et fréquents, mouvements désordonnés.

III. *La Mélancolie sénile.* — Dans notre précédente observation nous avons rencontré des idées hypocondriaques tout à fait absurdes. Ce n'est pas là le fait habituel des mélancoliques chez lesquels on ne trouve généralement pas d'altération grave de la pensée. Mais sous l'influence de lésions séniles plus profondes la conscience peut être manifestement troublée ; ce n'est pas encore la démence : la ruine des facultés n'est point complète, mais l'affaiblissement intellectuel est déjà manifeste. La mélancolie greffée sur cette déchéance psychique est décrite par Krœpelin sous le nom de Wahsinn dépressif. L'orientation est défectueuse, l'entourage apparaît transformé d'une façon effrayante ; il existe des interprétations et des conceptions délirantes multiples et absurdes. C'est ici surtout que l'on voit se développer les idées de négation ou d'énormité, de destruction ou de transformation d'organes, ou rarement la lycanthropie. La monotonie des plaintes, la tendance à la stéréotypie sont caractéristiques, il peut exister du négativisme. Parfois le délire devient contradictoire et l'on voit se manifester de véritables idées de grandeur.

OBS. XV. — *Femme de 58 ans. Idées d'auto-accusation. Plaintes monotones. Illusions et interprétations délirantes. Période d'anxiété. Gâtisme par intervalles. Obnubilation intellectuelle. Sénilité.*

Mme N... Flore..., 58 ans, entrée le 21 juin 1899.

On n'a pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires. Elle a eu une fièvre typhoïde à 18 ans.

Il y a trois ans devient méfiante, écoute aux portes, est turbulente, a quelques idées de jalousie.

En 1898, on l'opère d'un kyste sébacé à la tête. A la suite son état mental s'aggrave. Insomnie. Croit qu'on l'accuse d'avoir pris de l'argent, se justifie devant tout le monde : « Allez dire au commissaire que j'ai rendu l'argent au grand'père ». Sa sœur lui en veut, et cherche à faire mettre son mari en prison, répète-t-elle sans cesse.

Elle entre à la maison de santé du Dr Pottier le 20 août 1898. Au bout de 15 jours elle était très améliorée lorsque survint une grande surexcitation avec interprétations délirantes : on assassine ses enfants : son mari est enterré dans le jardin. Croit que le Dr Pottier l'empoisonne pour prendre sa fortune. Accuse un ami qui vient la voir d'être un assassin et le saisit à la gorge. Refuse de manger. A des craintes d'empoisonnement ; change ses plats avec ceux de sa domestique. Essaye un jour de s'étrangler avec une serviette.

Il lui survient un abcès phlegmoneux du dos du pied, à la suite duquel elle maigrit beaucoup.

A son arrivée dans le service, est intoxiquée par l'idée qu'elle est tourmentée par le Dr Pottier qui veut la faire disparaître, la faire passer pour une mauvaise femme. Elle revient sans cesse sur cette idée. Quelques idées de ruine : elle n'a plus de linge, on a déchiré ses bas. Puis se figure que sa famille, ses enfants vont passer en jugement ; on prend son mari pour Dreyfus. On la fait parler malgré elle, c'est comme si on la magnétisait. Son inquiétude est extrême. Elle répète sans cesse : « je n'ai fait de mal

à personne, mes enfants n'ont pas fait de mal ». Elle se promène à grands pas dans sa chambre, pleurant et criant « je n'ai pas fait de mal ». Elle s'approche de sa fenêtre, et croit voir dans le jardin soit une tête coupée, soit une femme que l'on frappe ; c'est là le sujet d'une angoisse extrême qui se traduit par des mouvements violents, des cris intenses ; elle voit un jour passer un chariot vert et se répand aussitôt en lamentations disant qu'on a enfermé ses enfants là dedans. Elle se met souvent à genoux aux pieds d'une autre malade criant : « Pitié mon roi, pitié mon seigneur, pitié, je n'ai pas fait de mal ». Elle perd ses urines, gâte dans son lit. Ces phases d'agitation considérable se reproduisent assez souvent, et dans l'intervalle c'est toujours la même phrase stéréotypée, monotone : « Je n'ai pas fait de mal ». Il est difficile d'obtenir des explications nettes sur son délire. Sa mémoire est très diminuée (elle ne sait pas l'année de sa naissance) et son intelligence affaiblie.

C'est une femme aux traits ridés, le menton couvert de poils, qui répond trop mal pour que l'on puisse examiner sa sensibilité. Réflexes patellaires vifs. Réflexe lumineux diminué, pupilles égales.

OBS. XVI. — *Femme de 72 ans. Premier accès à 58 ans. Périodes d'anxiété. Idées hypocondriaques absurdes et monotones. Vagues idées de persécution et d'auto-accusation.*

Mme M... Augustine 73 ans, entrée le 28 mai 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires. Elle était dans sa jeunesse assez intelligente et d'un caractère plutôt gai. A 58 ans, après la mort de son mari elle a eu un accès de dé-

pression mélancolique analogue à l'état actuel et qui a duré deux ans.

La maladie actuelle a débuté en décembre 1899 à la suite de la mort d'un de ses enfants : elle est devenue triste, mangeant peu, ne parlant pas, cherchant la solitude. Au bout d'un mois ont surgi des préoccupations hypocondriaques et des idées de suicide : elle tente de se jeter par la fenêtre à plusieurs reprises, elle demande un revolver à son petit-fils.

Actuellement elle débite ses plaintes d'une voix monotone, revenant sans cesse sur la même idée. La mémoire et le jugement sont bien conservés, la notion du temps n'est nullement affaiblie. Elle est triste, dit-elle, parce qu'elle va avoir une congestion. Le mot congestion l'intoxique, elle en parle à propos de tout. Dans son lit, elle installe son édredon et son ombrelle près de la fenêtre pour se préserver d'un coup de soleil. A d'autres moments c'est la peur du refroidissement qui la prend, elle réclame qu'on l'ausculte, qu'on l'examine. Ses idées hypocondriaques revêtent parfois une forme plus absurde encore : « Ses petits muscles sont brisés, dit-elle en touchant son creux épigastrique, il lui restait un gros nerf, elle l'a cassé hier en faisant une grimace. Elle va étouffer, elle a des frissons qui l'obligent à crier. Elle crache de gros caillots de sang ». En même temps préoccupations au sujet de sa fortune et de ses enfants. Elle a laissé 80.000 fr. chez elle, on va les voler ; on prépare un guet-apens pour sa fille. Tout cela lui donne une inquiétude mortelle.

Dans la nuit du 30 mai elle essaye de s'étrangler avec des bandes qu'elle a déchirées à sa flanelle. Elle a quelques vagues idées de persécution ; trouve que le personnel lui est

hostile. Idées peu précises d'auto-accusation : elle a livré ses enfants à la police, elle est cause de tous leurs malheurs.

L'examen somatique montre une obèse à face congestionnée. Emphysème et bronchite chronique. Claquement des bruits du cœur à la base, pouls 90 à 120 bondissant et dépressible. Langue très saburrale, haleine fétide. Urines normales. Les pupilles sont déformées et inégales ; les réflexes normaux. Réflexes tendineux vifs.

OBS. XVIII. — *Femme de 71 ans. Premier accès à 47 ans. Plaintes stéréotypées. Obnubilation intellectuelle.*

Mme M..., Irenée, sans profession, âgée de 71 ans, entrée le 17 janvier 1898.

Semble avoir eu il y a 24 ans, et à la suite de revers de fortune, un état mélancolique qui nécessita un séjour d'environ sept semaines à l'Asile Ste-Anne ; elle avait fait de fréquentes tentatives de suicide. A signaler dans ses antécédents qu'une tante et une sœur auraient été traitées dans une maison de santé.

Il y a deux ans, à l'occasion de la mort de son mari, elle devint triste et déprimée. Elle entre à l'asile une première fois le 7 juin 1898, elle est anxieuse avec des idées confuses de persécution, elle passe par des alternatives de dépression simple et d'anxiété, répète sans cesse « quel malheur, » sans donner d'explication sur ses idées.

Un séjour de deux mois dans sa famille ne l'améliore pas. Elle entre de nouveau le 21 novembre 1898. « Elle est atteinte, dit le certificat du docteur Febvré, de léger affaiblissement intellectuel avec disposition à un état mélancolique

caractérisé par des craintes, des scrupules, des idées de culpabilité et se traduisant par des exclamations ou des gémissements, sans aucune tendance dangereuse. »

Transférée à la maison de santé le 17 janvier 1899 ; état mélaucolique assez accentué. Les mots « ah quel malheur » résonnent à chaque instant. Interrogée sur la signification de cette phase, elle répond qu'elle ne se l'explique pas, mais à propos de rien elle est poussée à la dire ; c'est comme une impulsion, à laquelle d'ailleurs sa volonté n'essaye pas de résister, elle chuchote d'abord ses mots, puis sa voix s'élève peu à peu.

Quelques scrupules enfantins ; elle est préoccupée par la pensée de n'avoir pas dit adieu à ses anciennes compagnes ; elle trouve que tout ce qu'elle fait est mal fait, en dépit du bon sens. Elle répond d'ailleurs difficilement, souvent par monosyllabes. Elle semble avoir quelques idées de culpabilité qu'il est impossible de connaître : elle refuse de serrer la main qu'on lui tend, disant qu'elle n'en est pas digne. Ses idées délirantes sont certainement bien indécises, et n'ont jamais amené de réaction motrice : pas d'idées de suicide. Depuis son entrée elle est toujours dans le même état de dépression, simple, immobile et n'interrompant son silence, que pour pousser son exclamation habituelle. Son visage est ridé, tremblement fibrillaire dans la moitié inférieure de l'orbiculaire gauche, tremblement de la langue. Légère cyanose, et refroidissement des extrémités. Faible réaction des pupilles à la lumière, légère inégalité au profit de la droite. Traces de sucre dans l'urine.

Marche. Durée. Terminaison. — L'évolution de la mé-

lancolie est lente et sujette à des oscillations, avec des périodes de dépression extrême ou d'excitabilité intense. Pendant toute la durée de la maladie, l'anxiété est plus intense le matin et s'atténue le soir ; c'est là un caractère à peu près général. La durée varie de trois mois à un an ; certains cas guérissent en quelques jours, d'autres au contraire se prolongent pendant des années.

La trop longue durée de l'affection doit faire craindre une terminaison défavorable. Cependant nous connaissons l'observation de deux malades qui sont sortis complètement guéris après 6 ans de séjour à la maison de santé.

L'une M. X..., Anastasie âgée de 61 ans, entrée le 4 février 1893 sortie le 1^{er} mai 1899, avait présenté un délire mélancolique intense avec auto-accusations imaginaire, idées de ruine et tentatives de suicide réitérées (voulait se jeter du haut des tours de Notre-Dame ; s'est ouvert la gorge, a essayé de se noyer). Quelque temps après sa sortie elle écrit une lettre très sensée pour remercier des soins « qui ont contribué à lui faire reprendre goût à la vie » disant qu'elle se trouve très heureuse ; l'écriture est rapide, les mots bien formés, ne traduisant aucun signe de dépression.

L'autre Mme H..., Louise, 52 ans à son entrée le 13 mai 1887, sortie le 19 août 1895. Dépression mélancolique, crises de larmes, idées de persécution, craintes d'empoisonnement, refus d'aliments, négligence des soins de propreté, gâtisme. Périodes de stupeur avec intervalles d'excitation ; quelques hallucinations de l'ouïe. Etat tel qu'au mois de janvier 1889 on perd tout espoir d'amélioration et l'on diagnostique démence mélancolique. L'amélioration commence en décem-

bre 1892, la malade cause, travaille, fait de la musique. Présente une poussée en août 1893, puis l'émotivité diminue. La guérison, s'est maintenue après la sortie ; en juillet 1898 à l'occasion d'un accident survenu à l'asile, elle écrit une lettre où ne se révèle aucun symptôme de dépression.

La guérison s'annonce par le désir que manifeste le malade de retourner dans sa famille et l'intérêt qu'il prend à ce qui l'entoure ; la diminution des divers troubles coïncidant avec une augmentation du poids du corps.

Kræpelin a vu la guérison complète survenir dans 32 0/0 des cas ; dans 23 0/0 il se serait produit une amélioration notable, permettant la reprise des occupations antérieures. La curabilité est fonction de l'âge : au-dessous de 55 ans il y a 40 0/0 de guérisons ; au-dessus 25 0/0 seulement.

Parfois sous l'action de l'insomnie, de la privation de nourriture, surviennent des bouffées hallucinatoires ou délirantes : il s'agit d'un état surajouté qui évolue pour son propre compte, état comparable au délire d'inanition décrit par Becquet dès 1866 et qui n'est qu'une forme de confusion mentale. Cette complication est d'ailleurs sans influence sur la durée de la maladie.

Une seconde terminaison est le passage à l'état chronique, 26 0/0 des cas selon Kræpelin. Cette incurabilité s'annonce par la diminution de l'état émotif et au contraire la persistance des conceptions délirantes qui deviennent absurdes ou se cristallisent.

Le malade C... Edmond, 63 ans, entré le 16 décembre 1896, après une période mélancolique dont on ne peut pré-

ciser la durée et qui se caractériserait par des préoccupations hypocondriaques, du refus d'alimentation, des idées de suicide, est devenu aujourd'hui un négateur systématique. Il n'est plus rien, il n'a plus d'estomac, plus de mâchoires, plus d'oreilles, ce ne sont pas des yeux qu'il a, son cœur bat à peine il n'est qu'un os ; il est bon à jeter dans un trou. Il n'est pas C... le C... d'autrefois a fabriqué des voitures, construit des maisons ; lui serait bien incapable de le faire. Le déroulement de la personnalité est très net, le malade a parfaitement conservé le souvenir de son existence passée, mais il en parle toujours comme de faits arrivés à un étranger. « On n'a qu'à faire venir le C... de M... dit-il, on verra bien que ce n'est pas moi ; ce C... avait 1 m. 66, moi j'ai à peine 4 pieds ».

Il se produit parfois une vraie démence sénile avec sensiblerie, incohérence, ruine totale des facultés.

Enfin la mort peut survenir par myocardite, collapsus, ou par maladie intercurrente.

Diagnostic. — La mélancolie envisagée comme psychose d'involution sénile est d'un diagnostic à la fois plus aisé et plus certain que la mélancolie comprise à la façon de la majorité des psychiatres. Toutefois une observation longue et attentive est souvent nécessaire : ce sont uniquement ces difficultés du diagnostic qui nous occuperont.

Il est évident, d'après notre conception, que l'âge est un facteur des plus importants. D'une manière générale toute dépression survenant avant l'insénescence n'appartient pas à la mélancolie. Cependant certains états chez

l'adulte paraissent bien ressortir de la mélancolie ; ceux en particulier qui surviennent après un accouchement, une infection, une intoxication. Ces faits sont exceptionnels. La mélancolie n'est point, à notre avis, une psychose post-infectieuse (1) ; une altération aussi brusque des cellules nerveuses est suivie presque fatalement de confusion mentale. Seules les intoxications chroniques, sont capables de produire la mélancolie. En un mot, sont toujours en cause des processus analogues à ceux de l'involution sénile, et en effet la plupart de ces mélancoliques jeunes présentent des lésions de sénilité précoce. Ils confirment ainsi notre manière de voir, et, en dépit de leur âge peu avancé, se rangent dans les psychoses de décadence (Clouston).

Tout état dépressif de la période climatérique, doit-il être classé dans la mélancolie ? Non certes. Laissons de côté les sujets qui ont eu des accès antérieurs dans leur jeunesse et qui relèvent de la folie périodique. Mais un premier accès de folie périodique peut éclore à un âge avancé. Comment reconnaître cette psychose intermittente tardive ? « La marche remarquablement rapide et favorable de l'acès, dit Krœpelin, et l'apparition de quelques manifestations maniaques isolées : impulsions motrices intenses, fuite des idées, idées de grandeur, humeur gaie sans signe de faiblesse psychique, serviront au diagnostic. Les éléments les plus utiles seront fournis

1. MM. Vallon et Wahl ont récemment décrit dans la mélancolie le signe de la corde musculaire qui leur semble être une preuve nouvelle de cette origine infectueuse ; nous n'avons pu retrouver ce phénomène chez nos malades.

par l'état psycho-moteur. Tandis que l'allure du mélancolique traduit son humeur anxieuse ou excitable, la période dépressive de la folie circulaire est caractérisée avant tout par l'incapacité de prendre une résolution, le ralentissement des actes volontaires. D'autre part l'humeur excitable que l'on observe parfois dans cette dernière affection s'accompagne en général d'un vif besoin d'agir et de parler, tandis que l'excitabilité du mélancolique porte l'empreinte de l'anxiété interne ».

La démence précoce, dans quelques cas exceptionnels, s'observe à la période présénile et en particulier selon Krœpelin, la forme catatonique. La résistance du catatonique rebelle aux menaces qui le laissent indifférent, et capable de se transformer brusquement en obéissance automatique diffère de celle du mélancolique qui est plus constante, augmente sous la crainte d'un danger et se traduit alors par des cris ou des accès d'angoisse ; enfin si le catatonique et le mélancolique conservent tous deux l'immobilité, le premier peut exécuter un mouvement sans lenteur appréciable, chez le second le moindre geste se fait avec lenteur ; l'apparition de bouffées d'hallucinations ou d'idées délirantes stupides, la tendance aux impulsions, l'affaiblissement psychique croissant sont de préférence l'apanage de la démence précoce.

Difficile est encore le diagnostic avec la paralysie générale ; les signes physiques sont importants, mais se trouvent aussi dans la mélancolie. Le début plus lent, l'évolution progressive vers la démence, un état affectif sujet à des variations la niaiserie de conceptions déli-

rantes souvent contradictoires feront penser à la paralysie générale.

Les états dépressifs ou les états de confusion survenant dans la démence sénile se reconnaîtront facilement à la ruine totale des facultés.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec le délire de persécution. Les persécutés auto-accusateurs chez qui la dépression est uniquement secondaire au délire n'entrent pas davantage dans notre sujet, bien qu'ils soient très facilement pris pour des mélancoliques.

Traitement. — Nous nous contenterons d'esquisser ce paragraphe. Le séjour au lit est l'indication primordiale : « il produit les plus heureuses modifications en assurant le repos complet que réclament l'organisme et le cerveau épuisés du malade ». L'isolement supprime toutes les causes capables d'augmenter la dépression. La balnéothérapie contribue à diminuer l'anxiété.

On surveillera avec soin l'alimentation et les fonctions gastro-intestinales. On favorisera le sommeil par les hypnotiques (bromure, chloral, trional); on essayera de produire un certain degré d'euphorie par l'alcool, l'extrait de kola. On aura surtout recours à la médication opiacée de Krafft-Ebing, qui est le meilleur sédatif de la douleur morale : on peut donner l'extrait thébaïque à doses progressives, jusqu'à 0,50 et 0,60 centigrammes par jour : ces hautes doses sont généralement très bien tolérées, et suivies d'une amélioration rapide. Enfin, si notre pathogénie de la mélancolie est exacte, il importe de lui appliquer les théories récentes de Metchnikoff sur l'atrophie sénile et son traitement.

On pourrait même tenter les injections Brown-séquardiennes, bien qu'elles n'aient donné dans les états de dépression que des résultats négatifs à M. Cordier. L'ovarine nous semble aussi particulièrement indiquée dans la psychose présénile. Essayée avec succès par M. Régis chez une malade atteinte de confusion mentale après castration, la poudre d'ovaire a été employée par notre maître M. Sérieux pour une mélancolique, âgée de 56 ans, qui sortit améliorée et augmentant de poids.

RÉSUMÉ. CONCLUSIONS

Nous avons essayé de montrer dans notre travail que la mélancolie doit être considérée comme une psychose liée à une phase de l'évolution physiologique : l'insénescence.

I. — Le domaine de la mélancolie tend à se restreindre de plus en plus depuis le début du siècle. Esquirol y faisait rentrer tous les troubles psychiques tous les délires partiels s'accompagnant de tristesse, de dépression. Bail-
lenger réserve ce nom aux seuls cas accompagnés de lésion générale de l'entendement. Delasiauve scinde ces derniers faits en deux grands groupes : mélancolie et confusion mentale. Dès lors le démembrement de la mélancolie progresse rapidement : la paralysie générale, la folie circulaire, le délire de persécution, l'épilepsie, l'hystérie, la dégénérescence mentale, l'hébéphrénie la catatonie prennent la place de cette psychose.

II. — La mélancolie n'existe point chez l'adulte. Elle n'est qu'un simple état symptomatique, capable d'en imposer parfois pour une psychose, et qui se résout dans les diverses affections suivantes :

1° Dans la folie périodique la mélancolie présente tous ses caractères mais n'a qu'une valeur secondaire par rapport à l'évolution de la maladie : un accès de mélancolie survenant chez un jeune sujet doit toujours faire penser

à la folie intermittente d'autant plus que les accès consécutifs peuvent rester frustes, inaperçus ou ne se reproduire qu'à intervalles très éloignés.

2° Certains mélancoliques adultes sont des neurasthéniques. L'analogie des phénomènes psychiques et somatiques doit faire admettre une simple différence de degré entre la névrose et la psychose ; il y a même similitude complète entre la neurasthénie et la mélancolie avec conscience.

3° A la grande classe de dégénérés se rattachent de nombreux cas de mélancolie où le syndrome évolue sur un terrain spécial qui modifie sa marche et sa durée. Dans cette catégorie rentrent la plupart des mélancolies hypochondriaques.

4° La confusion mentale, la psychose hallucinatoire aiguë, le délire à base d'interprétations s'accompagnent de réactions anxieuses qui n'ont de la mélancolie que l'apparence : l'asthénie psycho-motrice s'accorde mal avec une telle richesse d'hallucinations ou d'interprétations.

5° La démence précoce se caractérise par de l'apathie, des périodes d'excitation, de la tendance aux impulsions, du négativisme plutôt que par la dépression. De vrais états mélancoliques peuvent se montrer comme stade de l'affection.

En résumé la mélancolie est un « syndrome qui, chez l'adulte, se retrouve dans les multiples expressions de la folie » et qui n'a point de valeur intrinsèque.

III. — Bien différente est la mélancolie qui survient à un âge avancé.

1° De l'avis général la mélancolie est plus fréquente,

chez le vieillard que chez l'adulte, il en est d'ailleurs de même des suicides.

2° La mélancolie n'est que le reflet mental des processus d'involution sénile. Les premiers en date sont les lésions d'atrophie et de dégénérescence qui se développent dans les organes génitaux et produisent, avec la disparition d'une fonction, un trouble profond de la cénesthésie, (mélancolie de la ménopause). Les altérations qui se montrent dans tous les tissus et en particulier celles des centres nerveux se manifestent par ce même état psychopathique.

3° Certains cas de mélancolie reposent sur une base organique plus évidente encore : lésions circonscrites ou diffuses s'accompagnant de dépression douloureuse (alcoolisme chronique, paralysie générale, hémiplegie).

4° Il existe par suite dans la mélancolie des signes somatiques aussi importants que les symptômes psychiques, l'hypotension artérielle, l'hypotonus musculaire, les troubles pupillaires sont parmi les plus constants.

5° La mélancolie ne peut donc se réduire comme chez l'adulte à un état affectif; elle est intimement liée à une modification organique qui l'explique et lui permet de conserver son rang d'entité morbide.

6° L'état psychique résultant de la déchéance physique peut revêtir trois formes : la mélancolie présénile qui comprend la mélancolie simple et la mélancolie délirante, la mélancolie sénile (wahnsinn dépressif de Krœpelin : âge plus avancé, affaiblissement intellectuel, conceptions niaises).

7° Pour le diagnostic il faut tenir compte des cas de

mélancolie due à la sénilité précoce et débutant avant la quarantaine, ou au contraire, songer à un début de folie périodique tardive. La démence précoce, la paralysie générale tardive peuvent être difficiles à différencier.

8° Le traitement consistera dans le repos, au lit l'isolement la médication, opiacée. On pourra essayer l'ovarine.

Vu par le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alzheimer.** — Anat. path. des troubles mentaux de la vieillesse (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LVI).
- Anglade.** — Délires syst. secondaires (Congrès de Marseille 1899).
- Arnaud.** — La Sénilité précoce des mélancoliques (*Riv. di path. nerv. e mentale*, 1899).
- Aschaffenburg.** — Catatonie (*Allg. Z. f. Psych.*, 1898. *Rev. Neur.*).
- Athanassio.** — Les mélancoliques (*Arch. Neurol.*, 1899).
- Baillarger.** — Recherches sur les maladies mentales.
- Ball.** — Leçons sur les maladies mentales.
- Gilbert Ballet.** — Leçons cliniques.
— Article du *Traité de méd.* Charcot-Bouchard, t. VI.
- Clara Barrus.** — Désordres gynécol. dans leurs rapports avec la folie (*Americ. Journ. of Insan.*, 1895).
- Boissier.** — Essai sur la mélanc. et la neurasth. dépressives. Th. Paris, 1894.
- Bouchard.** — *Traité de Pathologie générale*. T. III (Art. du Dr Le Noir).
- Bouveret.** — La Neurasthénie.
- A. Brehm.** — Ueber die Todesfälle.... (*Allg. Z. f. Psych.*, 1897).
- Brierre de Boismont.** — Du suicide et de la folie suicide.

- Brissaud.** — Leçons sur les maladies nerveuses, 1895.
- P. Bruant.** — De la mélancolie survenant à la ménopause,
Th. Paris, 1888.
- J. Buller.** — Résumé de 1565 autopsies du cerveau...
(Journ. of mental science, 1890).
- Calmeil.** — Lypémanie (Art. du Dict. Encyclopédique).
- Charpentier.** — Des troubles mentaux dans la sénilité précoce et rapide (Soc. m. p., 1885).
- Chaslin.** — De la Confusion mentale.
- Chatenet.** — De la mélancolie dans ses rapports avec les mal. utérines. Th. Paris, 1888.
- Christian.** — De la démence précoce des jeunes gens.
- Cordier.** — De l'emploi des injections brown-séq. chez les mélancoliques. Th. Paris, 1894).
- Clouston.** — Les Névroses et les psychoses de Décadence
British. med. journal, 1898).
- Delasiauve.** — Diagn. différentiel de la lypémanie (Annal. m. p., 1851, 3).
- Dumas.** — Les états intellectuels dans la mélancolie.
- Farnarier.** — La psychose hall. aigue (Th. Paris, 1899).
- Féré.** — Pathologie des émotions.
- Féré et Lance.** — La Dermographie chez les aliénés
(Journal de Neurol belge, 1898).
- M. de Fleury.** — Pathogénie de l'épuisement nerveux (Rev. de Méd., 1896).
- Furstner.** — Uber die Geistestorungen des senium (Arch. f. Psych. B. XX Heft. 2).
- Garat.** — Infl. de la ménopause sur le dévelop. de la folie.
Th. Paris, 1892.
- Gilles de la Tourette.** — Les Etats neurasthéniques

- Goodall et Craig.** — La folie de la période climatérique
(Journ. of. mental. science, 1894).
- Gucci.** — Manie, mélancolie et psych. maniaque, dépressive
(In Rev. Neur., 1899).
- Hoche.** — Formes atténuées de la folie périodique (The
alienist. and. neurol., 1898).
- Ilberg.** — Le manuel de psychiatrie du prof. Krœpelin (An-
nales m. p. 1895).
- Jayle.** — L'insuffisance ovarienne (Presse Médicale, mars
1900).
- Joffroy.** — Communication au Congrès de Clermont-Fer-
rand, 1894.
- Journiac.** — Du délire hypocondriaque. Th. Paris, 1898.
- Lange.** — Les Emotions (trad. Dumas).
- Luys.** — Recherches sur les hémiplegies émotives (Encé-
phale, oct., 1881).
- Mabille.** — La folie chez les vieillards (Congrès de Bor-
deaux, 1895).
- Magnan.** — Leçons cliniques sur les maladies mentales.
— Recherches sur les centres nerveux.
- Magnan et Legrain.** — Les dégénérés.
- Magnan et Sérieux.** — La paralysie générale.
- Mairet.** — De la démence mélancolique.
- Marandon de Montyel.** — Société médico-psychol., 1890
(In Annales).
- Meynert.** — Nouvelles méthodes de pesées partielles du
cerveau (In Annales m. p., 1869).
- Roger Mignot.** — Troubles pupillaires dans les maladies
mentales. Th. Paris, 1900.

- Morselli.** — Rapports entre la neurasthénie et les psychoses
(In Rev. Neur., 1895).
- Ottolenghi.** — La sensibilité en rapport avec l'âge. (In.
Rev. Neur., 1895).
- Pécharman.** — Les psychoses de la vieillesse. Th. Paris,
1893.
- Raymond et Janet.** — Névroses et idées fixes.
- Régis.** — Sur un cas de folie consécutive à une ovario-sal-
pingectomie. (Gaz. méd. de Paris, 1893).
- Ritti.** — La folie à double forme.
— Les psychoses de la vieillesse (Congrès de Bor-
deaux, 1895).
- Roubinovitch et Toulouse.** — La mélancolie.
- Séglas.** — Leçons cliniques. Délire des négations.
- Sérieux.** — La nouvelle classif. du prof. Kræpelin (R. de
Psych., 1900).
- Schlöss.** — Les rapports de la mélancolie et de la Ver-
rucktheit. (Jahrb. f. Psych., 1875).
- Socquet.** — Etude statistique sur le suicide en France
(Annales m. ps., 1889).
- Soury.** — Le système nerveux central.
- Venturi.** — Rapports entre le cerveau, les testicules et les
ovaires dans les folies évolutives. (Arch. di psich.
scienze penale, vol. XVI, fasc. III).
- Weygandt** — Etats mixtes dans la folie circulaire (Allg.
Z f P sych, 1899).
- Ziehen.** — Diagnostic et traitement de la mélancolie. (Ame-
rican journ. of Insan. 1898).
- Voir en outre :* — Les traités de : Esquirol, Morel, Marcé,
Dagonet, Régis, Cullerre, Griesinger (trad. Doumic)

Schule (trad. Dagnot et Duhamel). Krafft-Ebing
(trad. Laurent) Krœpelin.

In annales medico-psychologiques.

Discussion sur la classification dans les maladies mentales.

(Société m.-psych., 1861).

Discussion sur la mélancolie. (Soc. medico-psych., 1890).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

APERÇU HISTORIQUE ET CRITIQUE.	10
--	----

DEUXIÈME PARTIE

LE SYNDROME MÉLANCOLIQUE.	18
Folie périodique	18
Dégénérescence mentale	22
Neurasthénie	28
Confusion mentale et psychose hallucinatoire aiguë	29
Démence précoce.	35
Conclusion.	39

TROISIÈME PARTIE

LA MÉLANCOLIE, PSYCHOSE D'INVOLUTION PRÉSÉNILE.	40
Les mélancolies organiques.	42
L'involution sénile Pathogénie et signes organiques de la mélancolie	47
Tableau clinique de la mélancolie.	55
Marche, durée, terminaison,	82
Diagnostic.	85
Traitement.	88
RÉSUMÉ. CONCLUSIONS.	90
BIBLIOGRAPHIE.	94

